

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité - Justice



ESTIMATION DES FLUX DE RESSOURCES ET DE DEPENSES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST (EF/REDES)

MAURITANIE 2010, 2011 ET 2012

RAPPORT PROVISOIRE

CNLS

COORDINATION :

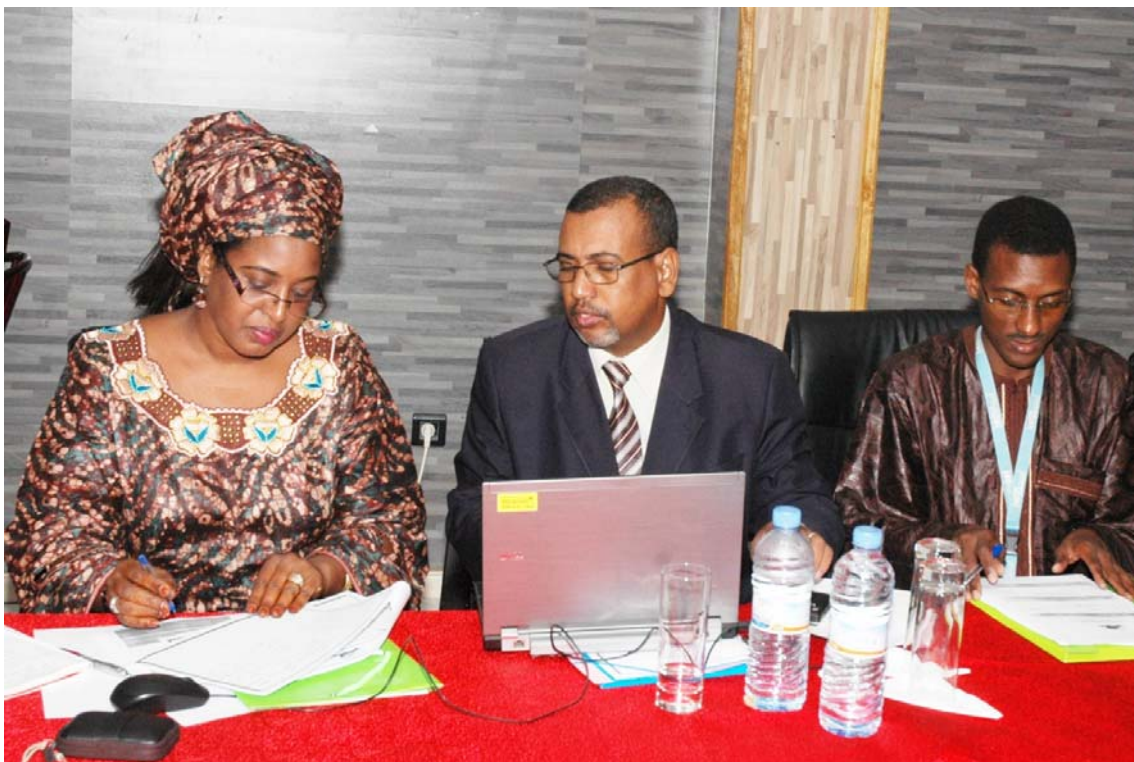
COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS)



APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER :



Novembre 2013



Atelier de validation REDES, 31/10/2013

TABLE DES MATIERES

PREFACE	- 5 -
REMERCIEMENTS.....	- 6 -
LISTE DES TABLEAUX.....	- 7 -
LISTE DES GRAPHIQUES.....	- 8 -
LISTE DES ANNEXES	- 9 -
SIGLES ET ACRONYMES	- 10 -
RESUME ANALYTIQUE.....	- 12 -
INTRODUCTION	- 14 -
I-PROFIL DU PAYS.....	- 16 -
1-1-Contexte géographique.....	- 16 -
1-2-Contexte socio-démographique.....	- 16 -
1-3-Contexte politique et administratif	- 17 -
1-4-Contexte socio économique	- 18 -
1-5-Situation épidémiologique du VIH.....	- 19 -
1-5-1-Groupes de populations particulièrement affectées et/ou vulnérables	- 20 -
1-5-2-Réponse nationale face à la pandémie.....	- 21 -
1-5-3-Modalités et sources de financement.....	- 22 -
II-RESSOURCES ET DEPENSES DE SIDA (REDES)	- 24 -
2-1-REDES, définition et domaines de couverture.....	- 24 -
2-2-Transaction	- 24 -
2-2-1-Sources de financement	- 25 -
2-2-2-Agents financiers	- 25 -
2-2-3-Prestataires	- 25 -
2-2-4-Catégories REDES	- 25 -
2-2-5-Population bénéficiaire	- 25 -
2-2-6-Facteurs de production (lignes budgétaires / objets de dépense)	- 25 -
2-3-Chapitres des Catégories	- 25 -
2-3-1-Prévention.....	- 25 -
2-3-2-Soins et traitement	- 26 -
2-3-3-Orphelins et enfants vulnérables.....	- 26 -
2-3-4-Développement de Programme.....	- 26 -
2-3-5-Incitations au recrutement et à la rétention des ressources humaines.....	- 26 -
2-3-6-Dépenses en atténuation	- 26 -
2-3-7-Développement communautaire et environnement favorable	- 26 -
2-3-8-Recherches associées au VIH/SIDA	- 26 -
III-METHODOLOGIE	- 27 -
3-1 Phase préparatoire et planification des activités	- 27 -
3-2-Echantillonnage et Collecte des données.....	- 27 -
3-2-1-Echantillonnage	- 27 -
3-2-2-Collecte des données	- 28 -

3-3-Traitement des données.....	29 -
3-4-Analyse des données.....	29 -
IV- RESULTATS DE L'ESTIMATION DES FLUX DE RESSOURCES ET DEPENSES	
ALLOUEES à LA LUTTE CONTRE LE SIDA	30 -
Aperçu sur les interventions ponctuelles de l'Etat en 2010	30 -
4-1-Dépenses totales dans la lutte contre le VIH/sida de 2010 à 2012.....	31 -
4-2-Dépenses par sources de financement.....	32 -
4-2-1-Dépenses par source de financement intérieur.....	33 -
4-2-2-Dépenses par source de financement extérieur.....	35 -
4-3-Dépenses par agent financier.....	36 -
4-4-Dépenses par chapitre d'interventions	41 -
4-4-1-Répartition des dépenses de prévention	44 -
4-4-2-Répartition des dépenses de soins et traitement	46 -
4-4-3-Répartition des dépenses d'administration et de gestion de programme	46 -
4-4-4-Répartition des dépenses pour les orphelins et enfants vulnérables (OEV)	46 -
4-5-Dépenses par facteurs de production	47 -
4-6-Dépenses par population bénéficiaire.....	50 -
4-7-Dépenses par prestataires.....	53 -
V-ETUDE COMPARATIVE	61 -
5-1-Rapport entre les prévisions de dépenses (PSN) et les réalisations (REDES) -	61 -
5-2-Comparaison avec les études d'autres pays.....	63 -
VI- QUELQUES POINTS SUR DE L'ETUDE.....	66 -
6-1-Difficultés rencontrées	66 -
6-2-Limites de l'étude.....	66 -
6-3- Points forts	66 -
6-4- Perspectives.....	66 -
RECOMMANDATIONS.....	68 -
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	70 -
BIBLIOGRAPHIE	72 -
ANNEXES	73 -
Annexe 1 : Liste des membres de l'équipe REDES	74 -
Annexe 2 : Liste des structures rencontrées	75 -
Annexe 3 : Agenda de la formation	77 -
Annexe 4 : Outil de collecte	78 -
Annexe 5 : Estimation des dépenses de ménage	80 -
Annexe 6: Classification des sources de financement selon la nomenclature REDES	82 -
Annexe 7: Classification des agents de financement selon la nomenclature REDES	85

Annexe 8: Classification des prestataires de services selon la nomenclature REDES	88
Annexe 9: Classification des interventions selon la nomenclature REDES	90
Annexe 10: Classification des populations bénéficiaires selon la nomenclature REDES.....	95
Annexe 11: Classification des objets de dépense selon la nomenclature REDES	96

PREFACE

Mot de Mme la SENLS.....

REMERCIEMENTS

Nos remerciements sont adressés à l'ensemble des structures du secteur public (Ministère de la Santé, des Affaires sociales et autres ministères), du secteur communautaire (ONG et associations), du secteur privé et des entreprises ainsi que celles relevant du secteur de la coordination nationale ; qui ont bien voulu transmettre (renseigner les fiches de collecte de données financières) en vue de la réalisation de la présente étude.

Nos remerciements s'adressent également à l'ensemble des Partenaires techniques et/ou financiers pour la diligence dont ils ont fait preuve lors de la collecte des données. Il s'agit du :

- Bureau pays de l'ONUSIDA
- Bureau pays du PNUD
- Bureau pays de l'UNFPA
- Bureau pays de l'OMS

PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS :

- Ministère de la santé (MS)
- Ministère des Finances (MF)
- Bureau pays de l'ONUSIDA
- Bureau régional de l'ONUSIDA

ASSISTANCE TECHNIQUE

- ONUSIDA Pays
- Rigobert OUEDRAOGO, Consultant international

Copyright © SENLS, novembre 2013

BP ...Nouakchott, Mauritanie

Tél : 00222..... Fax : 00222.....

Email:

Site web: www.....

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES GRAPHIQUES

LISTE DES ANNEXES

SIGLES ET ACRONYMES

AMPF	Association mauritanienne pour la Planification Familiale
ARV	Antirétroviral
BM	Banque Mondiale
CDI	Consommateur de Drogues Injectables
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CEMA/VIH	Coalition des Entreprises Mauritanienne de Lutte contre le Sida
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
EDSM	Enquête Démographique et de Santé de Mauritanie
FM	Fonds Mondial
BM	Banque Mondiale
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IO	Infections Opportunistes
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAP/PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
MDM	Médecins du Monde
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MF	Ministère des Finances
MICS	Enquête Nationale à Indicateurs Multiples Mauritanie
MSF-France	Médecins Sans Frontières France
NASA	National Aids spending Assesment
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OIM	Organisation Internationale pour la Migration
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OIT	Organisation International du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONS	Office National de la Statistique
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unis pour le SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PIB	Produit Intérieur Brut

PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Estimation des Flux de Ressources et Dépenses relatives au Sida
RTS	Resources Tracking System
SENLS	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
TUB	Tuberculose
UE	Union Européenne
UNDP	Fonds des Nations Unies pour le Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Programme des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME ANALYTIQUE

Durant les années 2010, 2011 et 2012 en Mauritanie, l'estimation des flux de dépenses de lutte contre le VIH /SIDA et les IST s'élève respectivement à la somme de 754 millions MRO (2,582 millions USD) ; 1 062 millions MRO (3,552 millions USD) et 1 211 millions MRO (4,038 millions USD).

Ces montants correspondent à 0,77¹ USD (226 MRO) en 2010 ; 1,06 USD (318 MRO) en 2011 et 1,14 USD (343 MRO) en 2012 de dépense par tête d'habitant. On note une augmentation régulière des dépenses par tête.

Les dépenses de la réponse nationale au Sida en Mauritanie ont représenté 0,07% en 2010 ; 0,08% en 2011 et 0,1% du PIB² en 2012. On constate une progression de la part de la richesse du pays consacrée au VIH.

A l'instar des pays à faibles revenus de l'Afrique subsaharienne, les partenaires extérieurs restent dominants dans la contribution au financement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST avec :

- 30,13% des ressources totales (227,2 millions MRO) en 2010,
- 62,60% des ressources totales en 2011, ce qui représente 664,61 millions MRO,
- 68,17% des ressources totales en 2012, représentant 825,9 millions MRO.

Leur participation a progressé de 192,58% entre 2010 et 2011 suivie d'une progression de 24,26% entre 2011 et 2012.

L'achat d'antirétroviraux a représenté 6,74% des dépenses totales en 2011 contre 11,29% en 2012.

Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'accroissement du nombre de patients sous antirétroviraux de%. En effet, le nombre de PVVIH sous ARV est passé deen 2010 à patients en 2012.

Pour le volet des dépenses, elles sont majoritairement orientées de façon spécifique vers trois (2) groupes cibles :

- Les personnes vivant avec le VIH pour 22,81% en 2010 ; 17,63% en 2011 et 28,81% en 2012 ;
- Les initiatives non ciblées avec 40,74% des ressources en 2010, 36,38% en 2011 et 23,93% en 2012.

Des estimations donnent le nombre de 14 000 PVVIH en 2012. Ce nombre était de en 2011 et en 2010. Le taux de prévalence est passé de 1,05%% en 2010 à 0,7% en 2012.

L'ampleur du VIH en Mauritanie et la mise en œuvre des actions entreprises ont suscité une mobilisation des ressources. Pour un meilleur suivi de ces financements, la Mauritanie avec l'appui de ses partenaires s'est engagée dans la revue des

¹ Population 2010 : 3,341 millions (ONS), taux de croissance pop. : 2,4%

² PIB 2010 : 3671 Millions UDS, 2011 : 4273 millions USD, 2012 : 4199 millions USD (Source : FMI et BM)

ressources et dépenses de lutte contre le sida chaque année. Ainsi, pour les années 2010, 2011 et 2012, les résultats obtenus peuvent se résumer comme suit :

- la forte contribution du Fonds Mondial et de la banque Mondiale en 2011 (7,55% et 31,62%) et en 2012 (25,84% et 29%) ;
- la gestion des ressources est majoritairement confiée à l'Etat avec 58,35% ; 70,54% et 80,11% des ressources totales entre 2010 à 2012;
- la prédominance des dépenses de prévention et de soins et traitement conformément aux orientations du Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PSN) 2011-2015 avec respectivement 34,42% et 22,8% en 2010, 64,1% et 24,6% en 2011 et, 73,23% et 42,16% des dépenses totales en 2012;
- la prise en compte de la situation des personnes vivant avec le VIH à travers les soins par les ARV et l'appui alimentaire couvrant respectivement 0%, 6,74% et 11,29% et ; 21,04%, 5,1% et 10,49% des ressources utilisées durant 2010-2012.

Par ailleurs, des résultats obtenus en 2010, 2011 et 2012, les dépenses courantes ont représenté respectivement 99,25% ; 96,52% et 95,4% des charges et, les dépenses en capital 0,75% ; 3,48% et 4,61%.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de REDES 2010, 2011 et 2012

Indicateurs	2010	2011	2012
Dépenses ARV en % des dépenses total de SIDA	0,00%	6,74%	11,29%
Dépenses de SIDA par PVVIH (USD)			
Dépenses de SIDA par tête d'habitant (USD)	0,77	1,06	1,14
Dépenses de SIDA par rapport au PIB	0,07%	0,08%	0,1%

INTRODUCTION

Dans le cadre du renforcement de la réponse nationale, la Mauritanie à l'instar de tous les pays à faibles revenus a bénéficié de financements octroyés par les secteurs public et privé, la société civile et les partenaires extérieurs.

Afin de rationaliser et planifier au mieux ces ressources, la Mauritanie s'est engagée à réaliser chaque année l'estimation des flux des ressources et dépenses de lutte contre le Sida avec l'équipe pays.

Les comptes nationaux de VIH se définissent comme étant une revue des dépenses effectuées au cours d'une année écoulée, selon un système normalisé appelé REDES. Ce système s'appuie sur les trois principes ou «Three One's» de l'ONUSIDA :

- ✓ **un cadre d'action** consenti de riposte au VIH, qui fournit les bases pour coordonner le travail de tous les acteurs et les partenaires ;
- ✓ **une autorité nationale de coordination** de la lutte contre le VIH avec un mandat multisectoriel large ;
- ✓ **Un système de suivi évaluation** consenti au niveau du pays. Ce qui permet de suivre et de mesurer les ressources des réponses nationales à l'épidémie du VIH et des IST.

Le REDES est un outil permettant d'observer, de collecter, d'estimer, d'organiser les informations clés et d'accroître la compréhension des ripostes nationales face à la propagation du virus du sida au cours d'une année précise sur un territoire bien défini.

Cet outil établit de façon distincte la source (interne ou externe) des fonds utilisés pour financer les réponses nationales à l'épidémie du VIH/sida. Pour réaliser cet objectif, le processus de suivi de ressource suit les transactions financières depuis sa source jusqu'à la destination finale (bénéficiaires recevant des biens et/ou des services).

Les variables utilisées par REDES pour effectuer les mesures sont les suivantes : (1) *sources de financement*, (2) *agents financiers*, (3) *prestataires de services, interventions et activités réalisées en matière de lutte contre le VIH/sida*, (4) *bénéficiaires des biens et services* et (5) *objets de la dépense*. Les activités exécutées au cours des années 2010, 2011, 2012 et qui sont prises en compte dans cette étude s'inscrivent dans le plan stratégique national de lutte contre le sida. Elles couvrent les axes stratégiques de la prévention, de la prise en charge des malades et des orphelins, de la coordination, du suivi évaluation et de la recherche.

Le REDES ne se limite pas au suivi des dépenses de santé pour le VIH. Il suit également des dépenses non sanitaires telles que l'atténuation sociale, l'éducation, le travail, la justice et les autres secteurs.

Le présent rapport fait état de la revue des dépenses de lutte contre le VIH/sida et les IST en Mauritanie pendant les années 2010, 2011 et 2012. Cette étude a concerné toute l'estimation des flux de ressources et de dépenses relatives aux activités allant de la prévention à la recherche sur le VIH/sida au cours de cette période.

L'étude a été réalisée avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA. Elle vise à renseigner les ressources et les dépenses nationales en matière de lutte contre le VIH et à faciliter leur intégration dans les comptes nationaux de la santé. Elle établit la répartition des ressources entre les différents prestataires de services, la composition des dépenses par types de biens et de services, les groupes cibles, spécifiés ou non auxquels ces services ont été affectés.

I-PROFIL DU PAYS

1-1-Contexte géographique

La Mauritanie est un pays de l'Afrique de l'ouest. Sa superficie est de 1 030 700 km². Elle est située sur la côte nord-ouest du continent et se situe entre 15 et 27 degrés de latitude nord et 5 et 17 degrés de longitude ouest. Elle possède des frontières avec l'Algérie (463 km), le Sahara occidental (1561 km), le Mali (2 237 km) et le Sénégal. Elle est bordée à l'ouest par l'océan Atlantique (700 km).

La Mauritanie se divise en quatre (04) régions naturelles :

- Le long de la côte atlantique s'étend un grand désert sablonneux, le Sahara.
- La région centrale est parsemée de plateaux escarpés : à l'est s'ouvrent de larges cuvettes dunaires.
- Le fleuve Sénégal a creusé une vallée le long de la frontière sud du pays.
- La Mauritanie est également traversée par le Karakoro.

L'est est constitué de zones de pâturage, alors que le sud constitue la zone agricole grâce aux alluvions du fleuve Sénégal.

La majorité du territoire se trouve dans le désert du Sahara avec des plaines et des reliefs peu accidentés avec quelques roches. Pourtant au Nord, il existe de hauts plateaux avec un sommet à 915 m d'altitude : le mont Kedia d'Idjil. Dans le centre du pays, la cuvette du Hodh est bordée au sud-est par des plateaux gréseux (Adrar, Tagant). La façade maritime a une longue bande de dunes de sable.

1-2-Contexte socio-démographique

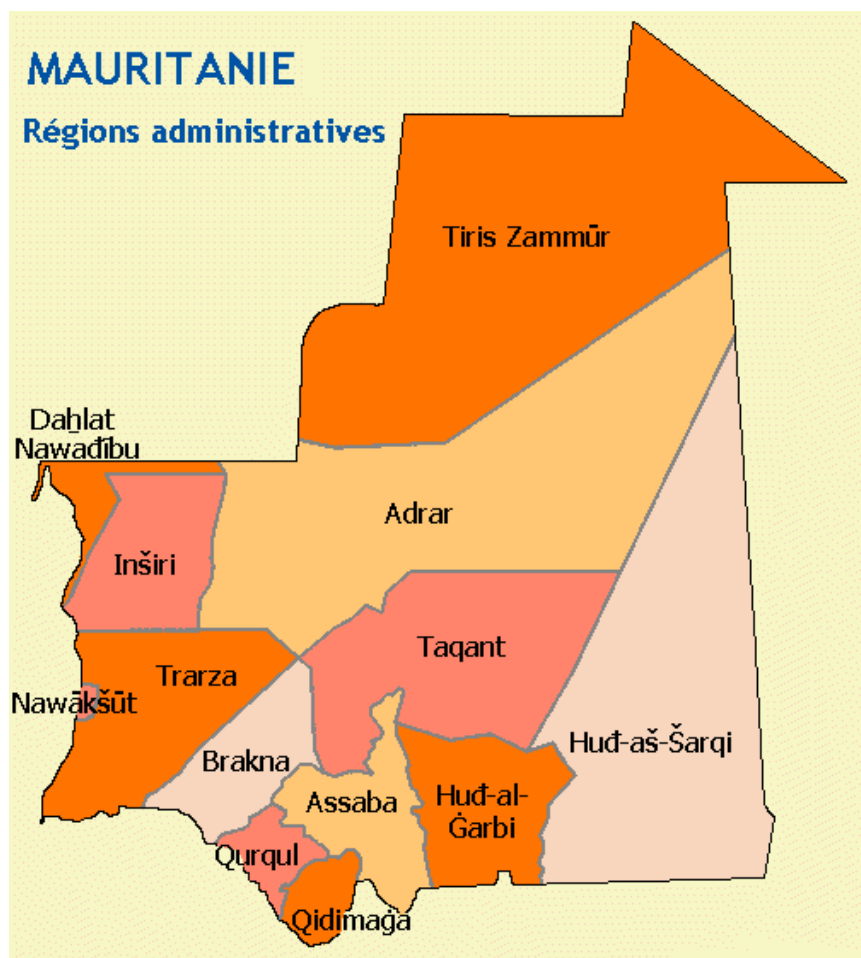
Les projections de l'Office National de la Statistique (ONS) notent que la population de la République Islamique de Mauritanie était de 3 340 627 habitants en 2010 avec un taux d'accroissement de la population de 2,4% par an. A la même année la densité de la population était faible, de l'ordre de 3,24 hbts/km². L'Indice de développement humain place le pays au 155^{ème} rang sur 187 pays (PNUD, 2013).

Le taux d'espérance de vie à la naissance était, en 2009, de 57 années (55 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes), et les taux, au niveau national, de mortalité infanto – juvénile et de mortalité infantile se sont établis, en nombre pour mille, respectivement à 122 et 77 en 2007. Le taux d'usage de la contraception (9,3% en 2007 contre 5,1% en 2000) sont demeurés pratiquement stables ou ont progressé légèrement depuis une dizaine d'années.

Très ancienne terre d'islam, comme en témoignent les milliers de manuscrits conservés dans les bibliothèques de Chinguetti, Ouadane ou Oualata, la Mauritanie est musulmane à près de 100 %. Les non-musulmans sont pour la plupart des étrangers, généralement des catholiques qui disposent de plusieurs lieux de culte dans le pays, à Nouakchott (cathédrale) et à Nouadhibou notamment.

L'urbanisation, bien que récente est très rapide. Le taux d'urbanisation (2008), était de 51.20 %. Le taux d'alphabétisation était de 58% en 2010.

1-3-Contexte politique et administratif



L'organisation administrative de la Mauritanie subdivise le territoire en treize (13) (wilayas) ou régions. La région est d'une part, une circonscription administrative de l'Etat et d'autre part, une collectivité territoriale. Dans l'ordre alphabétique, les régions sont : Adrar, Assaba, Brâkna, Dakhlet Nouadhibou, Gorgol, Guidimaka, Hodh Ech Chargui, Hodh El Charbi, Inchiri, Nouakchott, Tagânt, Tiris Zemmour et enfin Trârza. En outre, depuis 1986 le projet de décentralisation a eu pour résultat la création de 208 communes. Des élections municipales ont été organisées régulièrement depuis le premier scrutin pluraliste de 1990. Les conseils municipaux, dominés par le PRDS, ont été renouvelés en 1994 et en janvier-février 1999. La région de Nouakchott a été transformée en communauté urbaine le 3 juillet 2001, cette communauté urbaine est scindée en 9 communes.

On observe un mouvement important vers la déconcentration de l'administration nationale mais surtout une décentralisation des pouvoirs en faveur des collectivités locales. La langue officielle est l'arabe.

1-4-Contexte socio économique

L'élevage et l'agriculture constituent les principales sources de revenus des populations auxquels il faut ajouter le secteur de la pêche, l'exploitation minière et les récentes découvertes pétrolières. Le PIB est passé de 565,7 UD\$ en 2004 à 968 UD\$ en 2011

Le pays a bénéficié de l'Initiative Pays Pauvre très Endettées en 1999 ce qui a permis la mobilisation de ressources importante notamment pour le secteur de la santé.

La base des exportations est réduite à l'industrie minière (fer, cuivre et or) et à la pêche. Ces activités représentent près de 80 % du total des exportations de la Mauritanie

Sur la base des résultats de l'EPCV 2008, l'incidence de la pauvreté dans le pays est de 42 %. Cette proportion, bien que plus faible qu'en 2004 (46,7 %), reste encore loin de l'objectif (25%) fixé à l'horizon 2015. Cette pauvreté demeure, essentiellement, un phénomène rural. En effet, en 2008, le milieu rural contribuait à hauteur de 77,7% (soit 2,9 points de plus qu'en 2004) à la pauvreté nationale. Près de 60% des ruraux (59,4%, soit une hausse de 0,4 point par rapport à 2004) vivaient en dessous du seuil de pauvreté, alors que ce taux n'était que de 20,8 % pour les urbains.

Données économiques

PIB (2010) : 4,08 Mds\$ (Banque mondiale, 2011)

PIB par habitant (2012 – en parité de pouvoir d'achat 2005) : 2225 \$ (PNUD, 2013)

Taux de croissance (2012) : +6%

Taux de chômage : 30% (2008 est. CIA World)

Taux d'inflation (estimations 2012) : 6,3 % (Coface)

Part des principaux secteurs d'activités dans le PIB en 2009 (EIU 2012) :

- agriculture : 20,2 %
- industrie : 35,1 %
- services : 44,7 %
- Les éléments du cadrage macro-économique retenu par le FMI à l'occasion de la cinquième revue ont été révisés de 4,8 % à 4% s'agissant de la croissance sur 2011. En 2012, le taux de croissance a atteint 6%, du fait du dynamisme du secteur des BTP et d'une saison agricole favorable.

Pour ce qui est de l'inflation, le taux a été contenu à 6% et devrait le rester en 2012.

La plus importante source de revenus mauritanienne est le fer (94,9 %).

Actuellement, la Mauritanie est le 13e producteur de fer au monde.

La Mauritanie fait partie de l'Union africaine, l'Union du Maghreb arabe, de la Ligue arabe et de l'OMVS. Elle est également membre de l'Assemblée parlementaire de la francophonie de même que de l'Organisation internationale de la francophonie.

Si son retrait de la CEDEAO en 1999 et la poursuite de son intégration au sein de l'Union du Maghreb Arabe (UMA) montrent la volonté du pouvoir de privilégier

l'ancrage arabo-berbère, elle reste néanmoins membre d'organisations spécifiques avec ses voisins du sud (Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal, Comité Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel).

1-5-Situation épidémiologique du VIH

L'épidémie VIH en Mauritanie est considérée comme une épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% dans la population générale et une incidence chez les 15-49 inférieure à 0,1%. Selon l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes est passée de 0,57% en 2001 à 0,78% en 2005. L'analyse de ces prévalences chez les femmes enceintes montre une augmentation assez préoccupante à Nouakchott (de 0,33% en 2001 à 0,95% en 2005) et à Nouadhibou (de 1,01% en 2001 à 1,3% en 2005 et à 1,66% en 2009), malgré l'absence de différence statistiquement significative. La tendance serait à la hausse selon le rapport de l'UNGASS 2008, avec en 2010, une prévalence qui avoisinerait 1,3% et le nombre cumulé de décès passant à plus de 16 000 en 2010.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA suivis au sein du centre de traitement ambulatoire est en nette augmentation, passant de 139 cas en décembre 2004 à 350 cas en décembre 2005 et à 1 162 suivis actuellement dans le cadre d'une file active avec un cumul – depuis sa création – de 2 797. Les différentes enquêtes s'accordent sur un constat : la connaissance générale très répandue du VIH (plus de 90%) se réduit à moins de 40% pour les connaissances ciblées sur des comportements essentiels (ex : modes de prévention) et devient très faible (moins de 10%) quand il s'agit de l'application du ou des modes en question (ex : seuls 8.7% des hommes et 5.3 % des femmes ont déjà effectué un test de dépistage du VIH).

- Données épidémiologiques générales

Sur cette base et par principe d'exclusion, l'épidémie du VIH/SIDA en Mauritanie n'est pas une épidémie généralisée et peut, donc, être considérée comme concentrée au vu de la séroprévalence des femmes enceinte qui demeure inférieure à 1% au niveau des sites urbains, alors que les données, bien que peu documentées, sur les groupes à hauts risques d'infection par le VIH, renseignent sur une prévalence supérieure à 5, respectivement, chez les PS (7,64%) et les consultants pour IST (9%).

Par contre, les autres groupes supposés à risque- camionneurs, marins, Pêcheurs- présentent des prévalences proches de celle de la population générale avec, respectivement 0,90%, 0,83% et 0,82%.

Au sein des donneurs de sang, malgré une première phase de croissance entre 1989 (0,4%) et 2002 (0,88%), la prévalence du VIH a connu une diminution progressive allant de 0,88% en 2002 à 0,26% en 2005. Cette réduction serait plutôt consécutive à un effort de fidélisation des donneurs, mais surtout à la stratégie de sélection appliquée par le CNTS lors du don de sang.

La Mauritanie a mis en place un Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA depuis 2002 qui définit la participation de différents acteurs de la Lutte. Conformément à ce cadre une Approche multisectorielle, impliquant le secteur public, privé et les organismes de la société civile a été adoptée.

PREVENTION

Environ 100 000 personnes ont été touchées par les activités de communication mises en œuvre par les différents intervenants publiques, privés et par la société civile en 2011.

Les organisations de la société civile contribuent singulièrement à la sensibilisation pour le changement de comportement et la prise en charge communautaires des PVVIH. L'apport des ONGs et des OBC est notable dans le pays, notamment au niveau du ciblage des populations à haut risque (prostitués- camionneurs)

Les activités de communication se sont concentré sur des groupes à risques ou vulnérables c'est ainsi que les jeunes filles et garçons et les femmes ont été les cibles prioritaires du programme ainsi que des groupes concentrés ou la prévalence est élevée.

Par ailleurs plus de 5 292 900 préservatifs dont 11 200 préservatifs féminins ont été distribué notamment au sein des populations à risque d'infection par le VIH et autres populations vulnérables.

La visibilité des Personnes Vivant avec le VIH est effective dans le pays. Les PVVIH sont représentées au niveau des structures de gestion des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et participent activement aux prises des décisions à différents niveaux (SENLS, CCM).

TRAITEMENT

La prise en charge thérapeutique continue à enregistrer des résultats positifs, ainsi près de 3 800 personnes sont suivies, dont 1 643 malades mis sous traitement ARV. L'action du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) initialement limité à Nouakchott, a atteint ces objectifs. Le traitement et les autres prestations y sont gratuits. L'extension de la prise en charge à l'intérieur s'est faite au niveau de 3 hôpitaux (Nouadhibou, Kaédi et Kiffa).

1-5-1-Groupes de populations particulièrement affectées et/ou vulnérables

1-5-1-1-Les jeunes

Les jeunes (15-25 ans) sont le groupe le plus actif au plan sexuel. Ce sont les élèves et étudiants des deux sexes, les jeunes déscolarisés, les orphelins du sida qui gonflent d'année en année les rangs des enfants de la rue, les jeunes ruraux ainsi que les mineurs en prison. C'est cette frange importante de la population nationale qui paie le plus lourd tribut au VIH/Sida en termes de morbidité et de mortalité.

1-5-1-2-Les femmes

La vulnérabilité des femmes est triple : physiologique, culturelle, socio-économique. Maintenu par la tradition, le statut de subordination ou d'infériorité des femmes a pour conséquence leur marginalité sociale, économique et politique. Plus dépendantes parce que moins instruites et à l'écart des nœuds de communication, de décision des secteurs d'activités, les femmes subissent la loi des hommes et de la société. Une situation d'autant plus alarmante que la femme, en plus de son rôle de mère et d'éducatrice, représente un acteur économique de premier ordre.

1-5-1-3-Le professionnel (le)s du sexe (PS)

Les principaux enseignements, tirés de l'étude qualitative effectuée auprès d'un groupe de travailleuses du sexe de Nouakchott, ont permis de confirmer le haut risque de propagation et de transmission du VIH/SIDA par ce dernier et au sein de ce groupe puis, de

En 2007, une autre enquête comportementale et sérologique menée par l'INRSP auprès de 225 travailleuses du sexe à Nouakchott, Nouadhibou et à Rosso montre une certaine évolution de la situation avec :

- Plus de la moitié (54,8%) de Mauritanienne,
- L'apparition de la notion de maison closes dans les lieux de fréquentation,
- L'appartenance à une association de PS (18,6%),
- Une utilisation large du préservatif (87,5%), lors des rapports sexuels non payants ; contre 42,4%, en cas de rapport sexuels non payants ; 8,6% d'entre elles déclarent ne l'avoir pas utilisé à cause, essentiellement, des problèmes de disponibilité et d'accès financier.
- Un suivi médical, pour 2/3 des TS, mais reste irrégulier.

1-5-1-4-Les migrants

Avec une façade atlantique, charnière entre le Maghreb arabe et l'Afrique subsaharienne, la Mauritanie est traversée par des transafricaines reliant certaines capitales du sud (Afrique de l'ouest et du centre) aux pays du Maghreb, facilitant des flux migratoires, exacerbés ces dernières années par la migration clandestine vers l'Europe. Nouakchott et certaines villes du Nord du Pays (Nouadhibou, Zouérate) voient, ainsi, s'installer des communautés d'immigrés – de plus en plus importantes – à la recherche du travail autour de certains sites économiques (mines, pêche) et/ou en attente d'une opportunité de « passage » au nord. Ainsi des communautés s'adonnent, plus facilement, au commerce du sexe, s'exposant, ainsi, aux risques de contamination et exposant leur « entourage client ». Il s'ajoute, à cela, un tourisme, de plus en plus développé.

1-5-2-Réponse nationale face à la pandémie

Pour intensifier la réponse nationale la Mauritanie a créé un Secrétariat Exécutif spécifiquement chargé de la lutte contre le VIH/sida, a mis également en place les organes de la lutte à savoir :

- Les comités sectoriels ;
- Les Secrétariats exécutifs décentralisés.

La lutte contre le sida en Mauritanie est coordonnée par le CNLS présidé par Monsieur le Premier Ministre. Le CNLS est chargé de faire de la lutte contre le sida une priorité nationale, de mobiliser la nation en vue de son implication dans la lutte contre le VIH/sida, de définir les orientations nationales de la politique globale de lutte contre le sida, de valider le plan stratégique national de lutte contre le sida et d'apprécier les résultats de la réponse nationale.

Son secrétariat technique est assuré par le SENLS qui est chargé du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre le sida, de la rédaction du rapport annuel général sur les activités de lutte contre le sida, de la préparation des réunions du CNLS et de la mise à la disposition du CNLS des informations techniques indispensables aux délibérations.

Le CNLS se réunit une fois l'an sur convocation de son Président et en cas de besoin. La lutte contre le sida est menée aussi bien par le secteur public, le secteur privé, que par la société civile autour des cinq (05) axes du Plan Stratégique National, qui est le cadre de référence des interventions de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie.

1-5-3-Modalités et sources de financement

Le financement du secteur de la santé en Mauritanie est assuré principalement par l'Etat à travers le budget général et accessoirement par les communautés et les partenaires au développement. L'intervention de l'Etat cible en très grande partie le fonctionnement du système de santé au détriment de l'investissement. Cette situation a entraîné au cours des vingt dernières années, en raison de la croissance démographique, une pression exacerbée sur les infrastructures sanitaires et les plateaux techniques conduisant à une dégradation de la qualité des soins. Malgré l'engagement pris par les Chefs d'Etat africains en 2001 à Abuja d'affecter 15% du budget de l'Etat aux dépenses de santé, la Mauritanie n'a pu atteindre à ce jour le taux.

Les appuis extérieurs bien que salutaires restent limités. Ils ciblent généralement les investissements pour l'infrastructure, les équipements et la logistique. Les principaux appuis des partenaires au développement au cours des dernières années sont venus surtout dans le cadre de la mise en œuvre de programmes de coopération multilatérale (OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD) ou de coopération bilatérale (Coopération Américaine, Coopération française, Coopération japonaise,...).

SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

Le Projet Multisectoriel a été préparé et négocié en 2003 et mis en œuvre en 2004 avec un appui financier de la Banque Mondiale à hauteur de Vingt Un Millions de Dollars sous forme de Don et sur une période de cinq ans (janvier 2004 - mars 2009).

4 200 000 USD n'ont pas été exécutés au niveau de ce projet à cause de la suspension intervenue en 2008. Néanmoins la Banque Mondiale a accordé à une extension rétroactive du projet MAP pour un montant de 4,6 millions USD .Ce projet a pris fin au 31 Mars 2012.

Le Fonds Mondial s'est engagé en 2011 à mettre à la disposition du pays 35 000 000 USD pour financer un programme de continuité de service au profit de 1631 PVVIH.

Les objectifs de ce programme sont :

Réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH au sein des PVVIH et de leurs familles par un accès aux traitements et la continuité des soins.

Ce programme est mis en œuvre dans les 4 wilayas (Régions) qui disposent d'unités de prise en charge de PVVIH : Nouakchott (capitale du pays), Nouadhibou (capitale économique), Gorgol et Assaba.

En 2011, les agences du Système des Nations Unies ont appuyé les différents volets de la lutte contre le Sida. La contribution des agences au financement de la réponse nationale cette année était de l'ordre de 2460812US\$. Cette contribution catalytique s'inscrit dans le cadre de l'UNDAF.

II-RESSOURCES ET DEPENSES DE SIDA (REDES)

2-1-REDES, définition et domaines de couverture

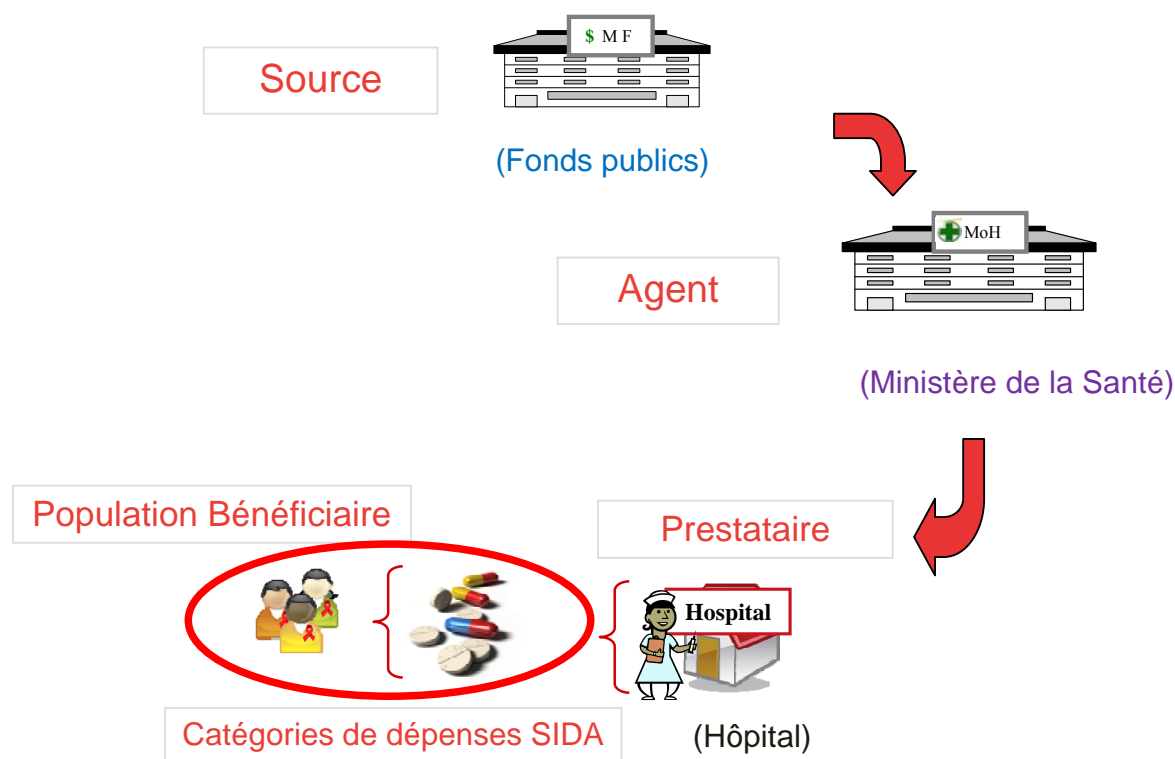
Le REDES est un outil permettant d'observer, de collecter, d'estimer, d'organiser les informations clés et d'augmenter la compréhension des ripostes créées par la propagation du virus du SIDA au cours d'une année précise sur un territoire bien définis.

Le REDES cherche à établir de façon distincte la source (interne ou externe) des fonds utilisés pour financer les réponses nationales à l'épidémie du VIH/SIDA et les IST. Pour réaliser cet objectif, le processus de suivi de ressource suit les transactions financières depuis sa source jusqu'à la destination finale (bénéficiaires recevant des biens et des services).

Le REDES ne se limite pas au suivi des dépenses de santé pour le VIH. Elle suit aussi des dépenses non sanitaires telles que l'atténuation sociale, l'éducation, le travail, la justice et autres secteurs de dépenses liées au VIH (réponse multisectorielle au VIH).

2-2-Transaction

Une transaction est un transfert de ressources entre différents acteurs économiques. Elle consiste à donner le suivi des ressources depuis les sources de financement en passant par les agents financiers, les prestataires, en décrivant les activités qu'ils effectuent, en arrivant jusqu'aux bénéficiaires réels.



2-2-1-Sources de financement

Les sources de financement sont des entités qui fournissent des ressources au financement des agents financiers pour être mises en commun et distribuées. Elles peuvent être du public, du privé ou du reste du monde.

L'analyse de ces sources dans le cadre de la réponse au VIH/SIDA permet de voir l'entité qui supporte le plus la lutte contre le fléau.

2-2-2-Agents financiers

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

2-2-3-Prestataires

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

2-2-4-Catégories REDES

Les catégories de dépenses REDES ou interventions représentent les diverses activités menées sur le terrain par les Prestataires pour la lutte contre le VIH/SIDA. Il peut s'agir d'une activité de prévention, de soins, de gestion de programme, etc.

2-2-5-Population bénéficiaire

Le groupe cible ou population bénéficiaire représente le nombre réel de la population couverte par une intervention en contrepartie des ressources dépensées.

2-2-6-Facteurs de production (lignes budgétaires / objets de dépense)

L'objet de la dépense ou facteur de production représente le bien ou le service que les ressources ont servi à payer pour une intervention donnée.

2-3-Chapitres des Catégories

Les classifications dans leur ensemble sont destinées à couvrir de manière compréhensive et conséquente les catégories de dépenses SIDA (ASC). Les programmes et les lignes de budget ont été structurés suivant huit (8) classes en chapitre de dépenses ou catégories de dépenses de SIDA afin de percevoir de manière désagrégée l'apport de chaque activité dans la réponse nationale au VIH/SIDA.

2-3-1-Prévention

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

2-3-2-Soins et traitement

Soins et Traitement se réfère à toutes les dépenses, achats, transferts et investissements occasionnés par les services visant l'accès clinique et à domicile, aux activités de traitement et de soins par les adultes et enfants infectés par le VIH.

2-3-3-Orphelins et enfants vulnérables

Tous les services destinés à améliorer les conditions de vie des orphelins et enfants vulnérables et les familles affectées par le VIH/SIDA.

2-3-4-Développement de Programme

Les dépenses de programme sont définies comme des dépenses occasionnées au niveau administratif en dehors des points de délivrance des soins de santé. Les dépenses de programme couvrent les services tels le management des programmes SIDA, le suivi évaluation (M&E), le plaidoyer et les facilités en terme de réhabilitation d'équipement de laboratoires.

2-3-5-Incitations au recrutement et à la rétention des ressources humaines

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

2-3-6-Dépenses en atténuation

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

2-3-7-Développement communautaire et environnement favorable

La promotion et le soutien du développement d'un environnement VIH fort à travers le plaidoyer et la communication stratégique, le respect des droits des PVVIH et autres personnes affectées, le développement institutionnel spécifique au SIDA, etc.

2-3-8-Recherches associées au VIH/SIDA

La recherche liée au VIH/SIDA est définie comme la création de connaissances pouvant être utilisées pour la prévention de la maladie, la promotion, la restauration, le maintien, la protection, l'amélioration du développement et du bien être social.

III-METHODOLOGIE

L'Estimation des Flux des Ressources et de Dépenses de lutte contre le Sida en Mauritanie a suivi un processus simple et adapté. Il comprend trois principales étapes que sont :

- l'échantillonnage et la collecte de données,
- le traitement des données et,
- l'analyse de celles-ci.

La bonne compréhension et le succès de ce processus ont exigé une phase préparatoire.

3-1 Phase préparatoire et planification des activités

Etant donné la complexité de l'exercice REDES, une équipe restreinte composée des chargés de suivi et évaluation de la coordination nationale du Comité National de lutte contre le sida, appuyée par le bureau ONUSIDA pays et du chargé de suivi Evaluation de la Cellule Nationale des OMD ont élaboré les termes de références détaillés et précis de tout le processus. Elle a aussi procédé à l'identification des besoins en assistance technique et l'élaboration des TDR y afférents.

L'équipe restreinte a également initié régulièrement des notes techniques à l'endroit du Coordinateur ONUSIDA Pays et du Président du Groupe Thématique ONUSIDA afin de leur permettre de sensibiliser les chefs d'agences du système des Nations Unies sur le REDES et d'obtenir leur adhésion et soutien.

Une autre étape a favorisé dans un second temps la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire, dite Equipe Permanente du REDES (EPR), pour la conduite de l'estimation. L'équipe composée d'agents du SENLS, du MS, du MEN, de la Société civile a été appuyée par un consultant international. L'EPR a par la suite, mis en place un chronogramme détaillé de réalisation du projet comprenant une stratégie de collecte de données par l'identification et le ciblage des sources des informations clés. Ces informations pouvant être obtenues à partir des sources secondaires (études, rapports, publications annuelles et périodiques) et sources primaires (ménages et enquêtes spécifiques).

3-2-Echantillonnage et Collecte des données

3-2-1-Echantillonnage

La population totale pour la collecte des données a été définie à partir des bases de sondages utilisés dans le cadre de l'estimation des coûts et financements du PSN et dans le cadre de l'élaboration des rapports annuels d'UNGASS.

La population de référence porte sur les principaux acteurs de la lutte subdivisés en quatre groupes : secteur public, secteur privé, société civile et partenaires internationaux. L'échantillon a été défini sur la base de l'influence des structures dans la lutte de par leurs activités, et de la liste des entreprises ayant un programme spécial VIH/Sida, fournie par la Coalition des Entreprises de Mauritanie (CEMA). Le tableau 2 donne la répartition de la population (totale, enquêtée) puis des taux de réponse par structures (secteur public, secteur privé, société civile et partenaires internationaux).

Tableau 2: Structuration de l'échantillon

STRUCTURES	NOMBRE		POURCENTAGE
	SELECTIONNEES	INFOS COLL.	INFOS COLL.
SECTEUR PUBLIC	31	23	74%
SECTEUR PRIVE	7	4	57%
SOCIETE CIVILE	25	18	72%
PARTENAIRES EXTERIEURS	25	14	56%
TOTAL	88	59	67%

Ainsi sur l'ossature de la lutte contre le VIH/Sida, 88 structures ont été sélectionnées et ont reçu les formulaires. Conformément aux résultats précédents (PSN et UNGASS), elles représentent la quasi-totalité des ressources et dépenses de lutte contre le Sida en Mauritanie. Nous notons cependant que seulement 59 structures ont fourni des informations utilisables, soit un taux de réponse global de 67%.

3-2-2-Collecte des données

La collecte des données s'est faite aussi bien à Nouakchott, la capitale économique, qu'à l'intérieur du pays. Les localités de l'intérieur ont été couvertes par les SERLS.

Après la formation des acteurs clés à l'utilisation des outils de REDES, l'Equipe permanente du REDES issue de cette formation a bénéficié également d'un exercice de jeux de rôle (simulation) afin de mieux maîtriser le processus notamment les fiches de collecte de données.

Pour la collecte des données, l'équipe a eu des entretiens avec des personnes stratégiques (directeurs, coordonnateurs, chargés de programmes, responsables financiers, comptables, etc.) sur la base d'un questionnaire élaboré en tenant compte du statut ou de la fonction de la structure. Les entretiens se sont tenus pour la plupart dans les locaux des partenaires afin d'aider au renseignement du canevas de collecte. Il y a eu également la collecte d'informations par voie électronique (messagerie électronique). Elle a permis de contourner les problèmes de calendriers. Des enquêteurs expérimentés et formés (membres de l'équipe nationale) ont appuyé la collecte des données.

Trois types de questionnaires ont été utilisés :

- ✓ Le formulaire 2 adressé aux agents de financement,
- ✓ Le formulaire 3 adressé aux prestataires,
- ✓ Le formulaire 4 concernant la ventilation des objets de dépenses, adressé à tous les acteurs (voir annexe).

L'équipe a aussi fait une revue documentaire destinée à faire le point sur le financement de la lutte contre le VIH/Sida.

3-3-Traitement des données

La saisie des données s'est faite en deux étapes. D'abord sur le tableur EXCEL et ensuite dans le logiciel RTS. Un masque de saisie a été conçu dans le tableur EXCEL à cet effet et il décrit chacune des transactions effectuées par la structure. Une transaction complète suppose la définition de la source de financement, de l'agent de financement, du prestataire, des interventions mises en œuvre, du niveau de dépenses, des objets de dépenses (ou facteurs de production) et des populations cibles.

La saisie des données dans le masque s'est faite en utilisant la classification internationale prédéfinie dans le tableur et le logiciel. Toutes les données enregistrées ont été exprimées en monnaie locale c'est-à-dire le MRO. Les informations fournies par les différents acteurs ont été libellées en cette monnaie nationale, évitant les difficultés liées à la manipulation des taux de change.

L'entrée des données financières est précédée d'un contrôle de qualité portant sur l'identification et la vérification de chacune des étapes qui caractérise une transaction. Le tableur est conçu pour identifier les erreurs, les doubles comptages et valider les données.

Néanmoins des précautions supplémentaires ont été prises par l'équipe en favorisant la supervision de chaque entrée de données par le consultant. Les données ont été collectées de deux manières, de façon ascendante et de façon descendante ("top down & bottom up"). Les différents questionnaires retracent à la fois le circuit de chaque financement et ces acteurs de mise en œuvre ; ce qui permet à l'équipe de faire une analyse préliminaire de données consistant en des croisements et des confrontations afin d'éviter le double comptage. Les informations saisies dans le tableur sont nécessairement ressaisies dans une base unique du logiciel RTS par plusieurs équipes de deux personnes chacune afin de s'assurer de l'exactitude du premier enregistrement et de valider les données produites par les différents partenaires.

Le traitement des données est fait à partir du logiciel RTS développé par l'ONUSIDA. Ce logiciel permet d'obtenir des tableaux croisés contenant les informations des différents enregistrements effectués dans la base de données.

3-4-Analyse des données

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. L'analyse des données est faite à partir de tableaux statistiques et de graphiques.

IV- RESULTATS DE L'ESTIMATION DES FLUX DE RESSOURCES ET DEPENSES ALLOUEES à LA LUTTE CONTRE LE SIDA

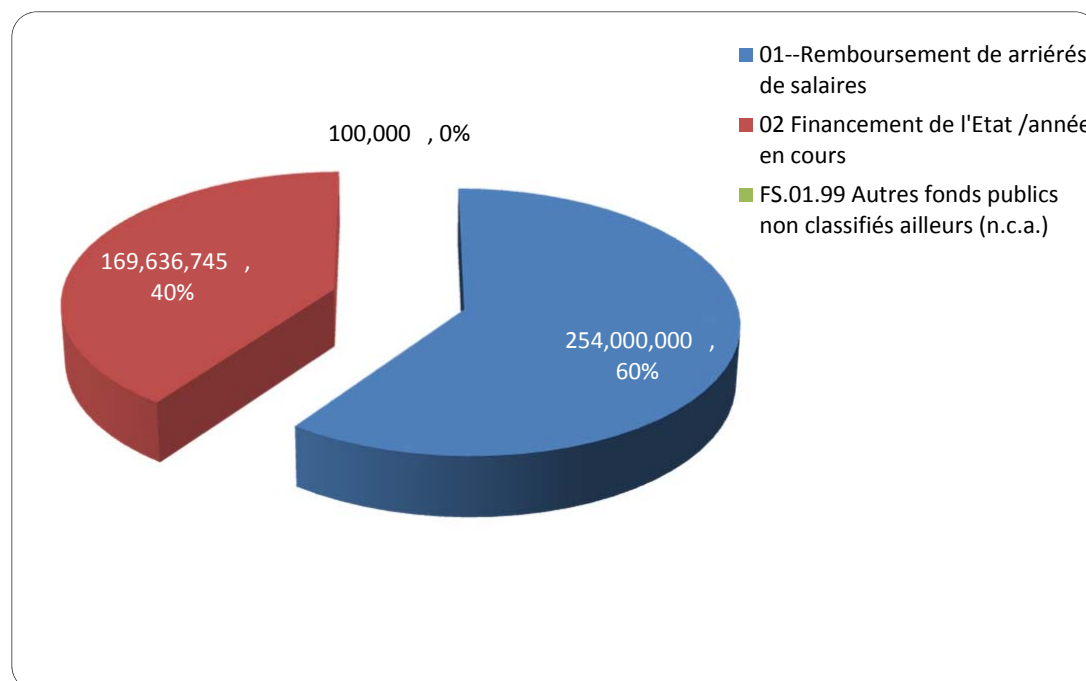
Aperçu sur les interventions ponctuelles de l'Etat en 2010

Pour introduire ce chapitre, il est important de signaler quelques informations particulières pour une meilleure appréhension des données de l'année 2010. En effet, suite à la suspension des financements du Fonds Mondial (FM) et de la Banque Mondiale (BM) en 2009, des arriérés de salaires ont été trainés jusqu'en 2010 et supportés par le Budget de l'Etat. Aussi, la somme de 1,256 milliards MRO, soit 4,3 millions US\$ et 100,74 millions MRO (345 000 US\$) ont été dépensés par le Budget de l'Etat pour rembourser au FM et à la BM suite aux résultats des audits ayant conclu à des malversions et dont les montants incriminés ont été réclamés par les deux institutions.

Ainsi, l'Etat se devait de faire face à ses charges inattendues d'un montant total de 1 356,34 millions MRO pour rétablir les relations avec ces Institutions, mais aussi pour faire preuve de bonne foi et de responsabilité.

La figure ci-dessous présente la répartition des dépenses publiques en 2010. Cette configuration montre l'apport ponctuel pour résorber les arriérés de salaires du personnel du SENLS suite à la suspension du financement du Fonds Mondial.

Au cours de 2010, 254 millions de MRO ont été débloqués par le Budget de l'Etat pour les arriérés, faisant monter de facto la somme dépensée par le financement public. Cette opération étant ponctuelle s'est faite ressentir dans les financements des années suivantes où les financements de l'Etat étaient en baisse.



Graphique 1 : Répartition des dépenses globales de l'Etat en 2010

Afin de ne pas biaiser les résultats, et aussi, du fait que la classification n'ayant pas prévues des situations de ce type, les remboursements à la BM et au FM n'ont pas été pris en compte dans les résultats de l'étude. En tout état de cause, aucune intervention ne pouvant recevoir ces transactions.

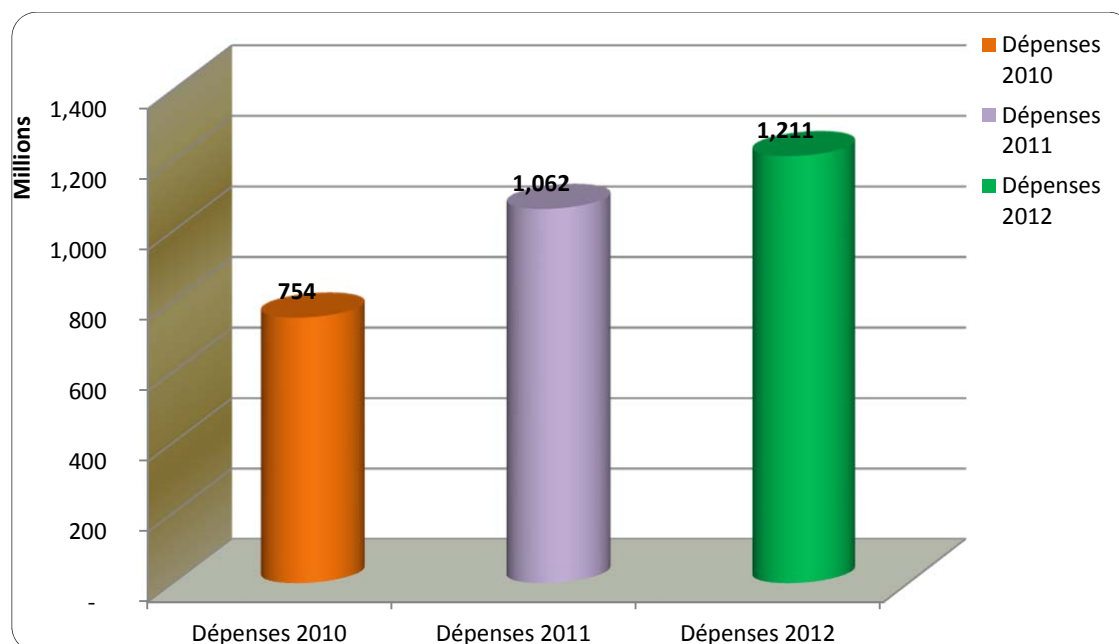
4-1-Dépenses totales dans la lutte contre le VIH/sida de 2010 à 2012

Des résultats de la revue des dépenses à partir du l'outil normalisé REDES sur la période de 2010 à 2012, c'est un total de 3,03 milliards de MRO, soit 10,2 millions de US\$ qui a permis de financer les activités de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie. Comme l'indique le tableau ci-après, ces financements sont passés de 0,75 milliard de MRO en 2010 à 1,06 milliard de MRO en 2011 pour se positionner à 1,21 milliard de MRO en 2012. Trois entités ont pourvu aux financements de la réponse nationale à des degrés divers : les fonds internationaux, les fonds publics et les fonds privés.

Tableau 3 : Dépenses totales par année

Années	Montant MRO	Montant US\$	Taux de progression
Dépenses 2010	753 935 840	2 581 972	
Dépenses 2011	1 061 763 128	3 551 047	40,83%
Dépenses 2012	1 211 384 899	4 037 950	14,09%
Total général	3 027 083 867	10 170 969	

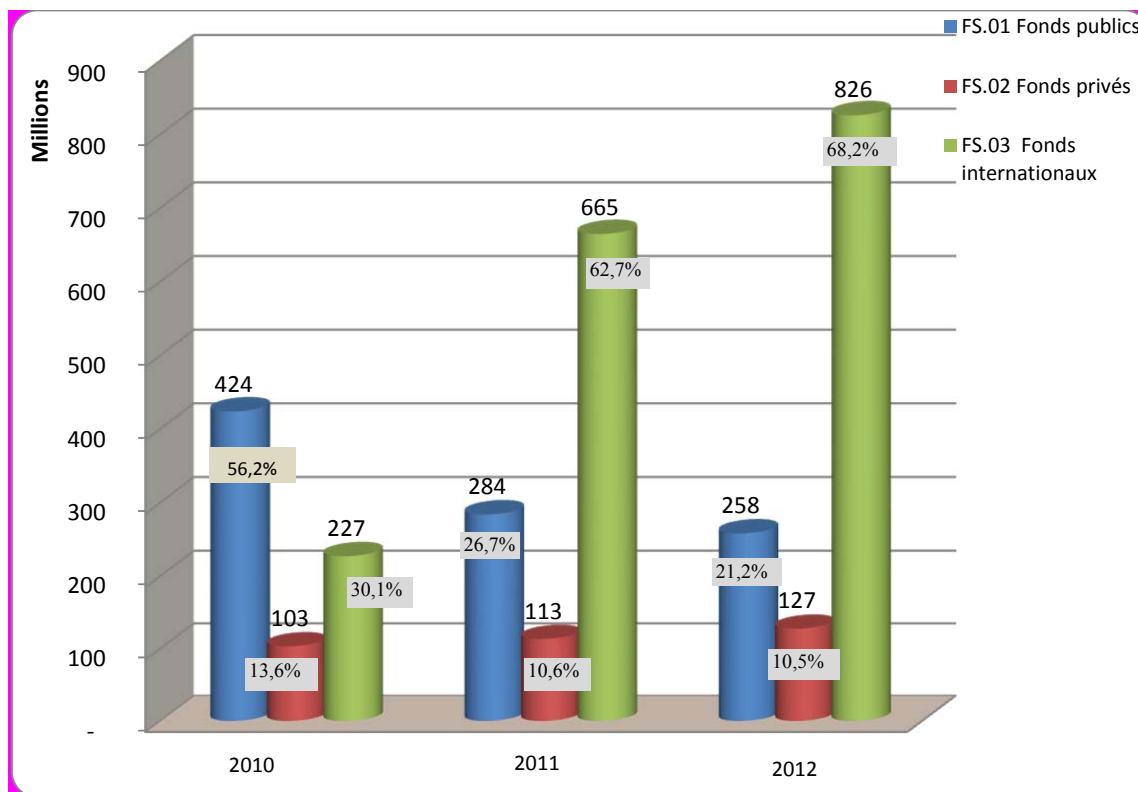
Entre ces années couvertes par l'étude, il est à noter que de 2010 à 2011, le taux de progression des financements utilisés était de 40,83% pour se situer à 14,09% entre 2011 et 2012. Cette progression notable a été enregistrée suite aux efforts déployés par les responsables de la réponse nationale pour permettre un meilleur financement du Plan Stratégique National (PSN) 2011-2015.



Graphique 2 : Evolution des dépenses globales par année

4-2-Dépenses par source de financement

A l'instar des pays subsahariens à faibles revenus, trois grandes sources ont alimenté le financement du VIH/sida sur la période 2010-2012. Le graphique ci-dessous montre que les fonds internationaux sont les plus présents dans ce financement et leur progression notable a été conjuguée avec une baisse des fonds publics et une quasi-stabilité des financements privés.



Graphique 3 : Répartition des dépenses globales par source de financement

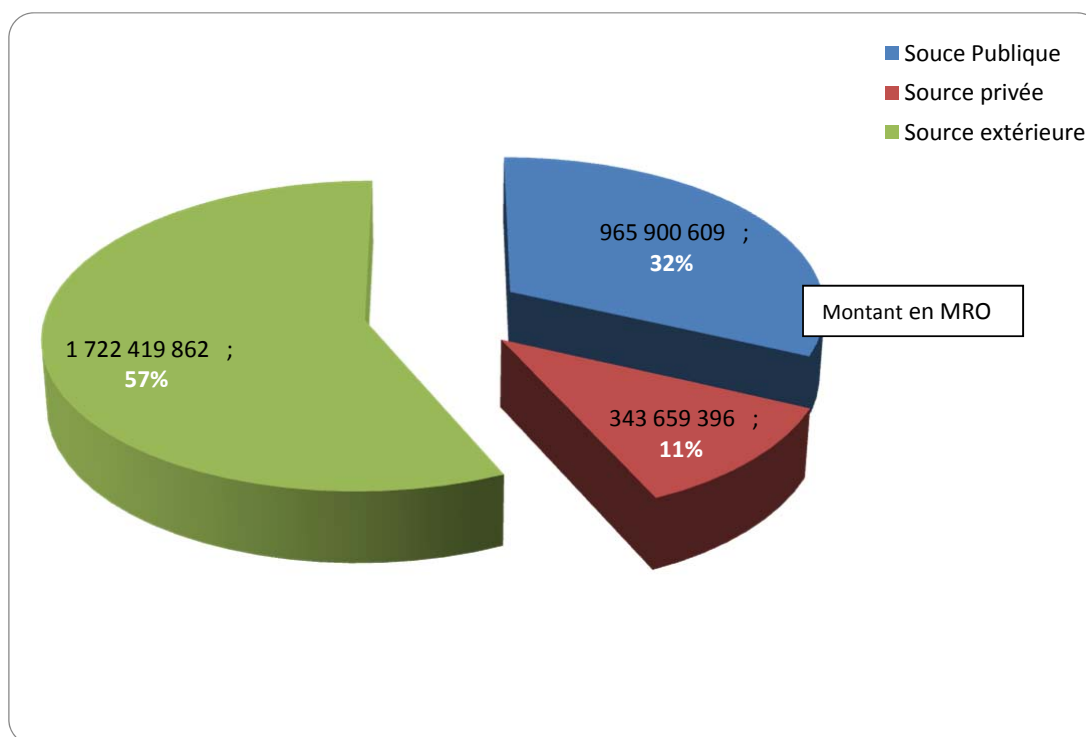
Outre l'année 2010 où les fonds publics ont occupé le premier rang dans le financement de la lutte contre le Sida, les deux années suivantes ont vu une prédominance des fonds extérieurs.

En effet, avec l'appui ponctuel de l'Etat en 2010 de 254 millions MRO, les fonds publics étaient de 56,2% contre 30,1% pour les fonds extérieurs.

Par contre, avec la reprise des appuis de la BM et du FM, le financement extérieur a occupé comme dans tous les pays à faibles revenus la première position avec 62,7% en 2011 et 68,2% en 2012, soit une nette progression entre 2010 et 2012. Durant cette période, les fonds publics sont venus à la baisse avec 26,7% et 21,2%.

Quant aux fonds privés, durant la période, leur intervention est restée quasi stationnaire avec respectivement 13,6% ; 10,6% et 10,5%.

Le graphique ci-après illustre la sommation des financements par source des trois années plaçant les partenaires extérieurs premiers bailleurs de la réponse nationale en Mauritanie.



Graphique 4 : Répartition du financement par source sur la période 2010-2012

Au niveau des ressources financières, la source la plus importante reste les fonds internationaux qui ont sur la période, financé la lutte contre le VIH/Sida à hauteur de 1,72 milliard de MRO, soit 57% du total des financements. Outre les fonds internationaux, les fonds publics et les fonds privés ont intervenu sur la période avec respectivement un financement cumulé de 966 millions MRO et 344 millions MRO représentant 32% et 11% de ce financement total.

Il est à constater que les fonds extérieurs ont subi une augmentation régulière entre 2010 et 2012. De même, les fonds privés ont bénéficié d'une légère progression et de façon régulière durant les trois années couvertes par l'étude. Cependant, le financement public renforcé en 2010 par la participation ponctuelle de l'Etat a été marqué par une baisse entre les années 2011 et 2012.

En dépit de la baisse du financement de l'Etat, la somme totale consacrée à la réponse nationale au VIH en Mauritanie a subi une progression régulière entre les trois ans. En effet, les taux de progression sont respectivement de 40,83% et 141% entre 2010-2011 et 2011-2012 imputable aux financements extérieurs. A travers ces statistiques financières, il ressort que le financement du VIH/sida en Mauritanie est très dépendant de l'extérieur. Près de trois-cinquième (3/5) du financement provient de l'extérieur. A fortiori, cette dépendance extérieure pose le problème de la pérennisation du financement de la lutte contre le Sida dans le pays.

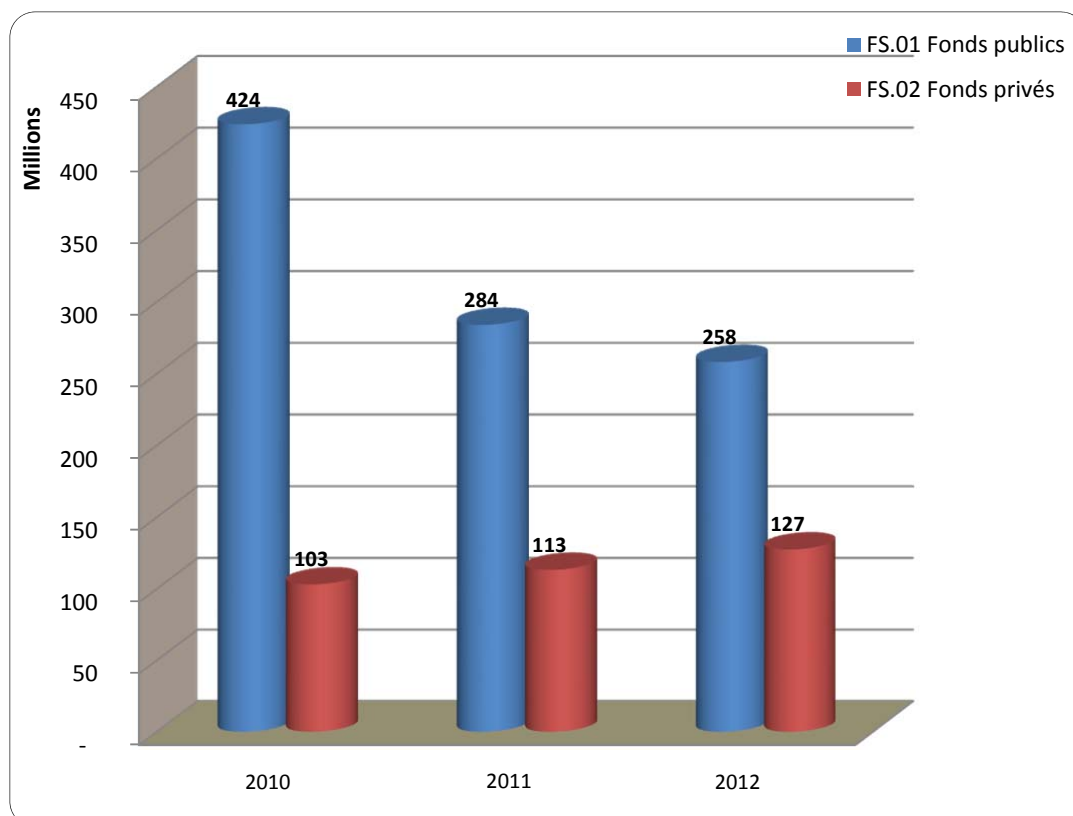
Pour un meilleur affinement des données, les sources de financement du VIH/sida en Mauritanie peuvent aussi s'analyser sous les deux grandes rubriques que sont les sources de financement intérieur et les sources de financement extérieur.

4-2-1-Dépenses par source de financement intérieur

Le financement intérieur du VIH/Sida en Mauritanie est assuré par les fonds publics provenant de l'Etat et les fonds privés provenant principalement des institutions à but lucratif, des ménages et des institutions à but non lucratif.

Les institutions à but lucratif regroupent les entreprises du secteur privé qui mènent des activités sur le lieu du travail dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida. Quant aux ménages, ils regroupent les dépenses effectuées par les particuliers ou les familles des malades dans le cadre du VIH/SIDA et les institutions à but non lucratif regroupent les organisations de la société civile.

Sur l'ensemble de la période, selon le graphique ci-dessous, 2010 est en effet, l'année qui a enregistré la plus grande contribution au niveau de l'Etat. Ce graphique montre qu'en interne les fonds du gouvernement sont restés les plus élevés sur toute la période de 2010 à 2012.



Graphique 5: Répartition des financements par source intérieure

Au niveau des statistiques financières, le tableau ci-après montre que de 2010 à 2012, les fonds publics à travers le gouvernement ont constitué l'essentiel du financement intérieur. C'est 966 millions MRO sur les 1,31 milliard de MRO que l'Etat a déboursé pour la lutte contre le VIH/sida soit 74% du financement intérieur.

L'apport du secteur privé au financement s'élève à 344 millions MRO avec comme principal acteur les ménages qui ont contribué à hauteur de 334 millions MRO soit 97% du total des fonds privés. Au niveau du financement intérieur global, cette contribution des ménages représente 25,5%.

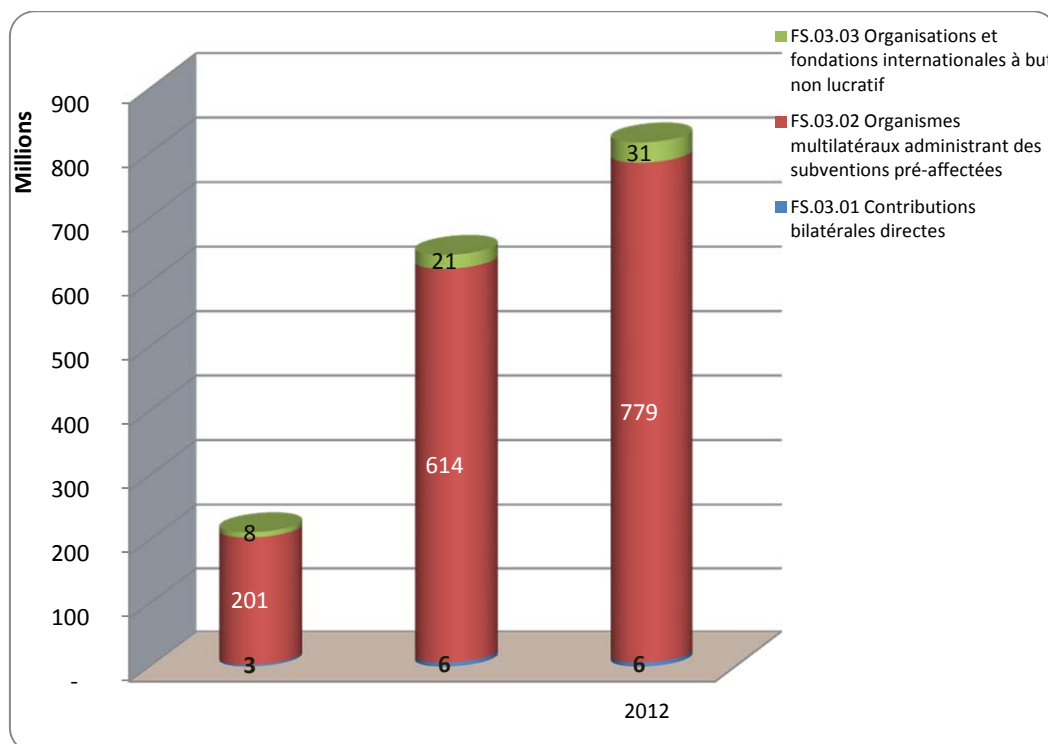
Tableau 4 : Les Sources de financement intérieur

FS Categories	TOTAL MRO	%	TOTAL MRO	%	TOTAL MRO	%
FS.01 Fonds publics	423 736 745	80,44%	283 942 510	71,49%	258 121 354	66,95%
FS.01.01.01 Recettes du gouvernement central	423 636 745	80,42%	283 742 510	71,44%	255 121 354	66,17%
01--Remboursement d'arriérés de salaires	254 000 000	48,22%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
02 Financement de l'Etat /année en cours	169 636 745	32,20%	283 742 510	71,44%	255 121 354	66,17%
FS.01.01.03 Recettes du gouvernement local/municipal		0,00%		0,00%	3 000 000	0,78%
FS.01.99 Autres fonds publics non classifiés ailleurs	100 000	0,02%	200 000	0,05%	0,00%	0,00%
FS.02 Fonds privés	103 039 571	19,56%	113 208 529	28,51%	127 411 296	33,05%
FS.02.02 Fonds des ménages	101 189 571	19,21%	111 308 529	28,03%	121 326 296	31,47%
FS.02.03 Institutions à but non lucratif	1 850 000	0,35%	1 900 000	0,48%	6 085 000	1,58%
TOTAL FINANCEMENT INTERNE	526 776 316	100,00%	397 151 039	100,00%	385 532 650	100,00%

4-2-2-Dépenses par source de financement extérieur

L'analyse des données issues du REDES montre que les fonds extérieurs représentent une part importante du financement du VIH/Sida en Mauritanie. Ce financement regroupe les contributions bilatérales directes, les agences multilatérales de gestion de ressources extérieures et les organisations internationales non gouvernementales à but non lucratif. Comme le montre le graphique ci-dessous, 2012 est l'année qui a enregistré les plus grandes contributions au niveau de tous les acteurs impliqués dans le financement extérieur.

Il faut cependant remarquer que les contributions des agences multilatérales ont été les plus importantes et les bilatérales les plus faibles sur toute la période.



Graphique 6: Répartition des financements extérieurs par source

Les ressources extérieures, constituées des ressources des partenaires bilatéraux, multilatéraux et des ONG internationales se chiffrent à la somme de 227,17 millions MRO en 2010 contre 664,6 millions MRO en 2011 et 825,9 millions MRO en 2012. Au cours de ces trois années, les ressources extérieures sont dominées par les fonds des partenaires multilatéraux avec respectivement 88,32% ; 92,43% et 94,28% des financements extérieurs. Ils sont suivis des ONG internationales pour respectivement 3,6% ; 3,21% et 3,8%. Quant aux partenaires bilatéraux leur intervention est restée très limitée en Mauritanie durant la période concernée par l'étude.

Les résultats obtenue pour la Mauritanie pour ce qui concerne l'intervention des bilatéraux ne respecte pas les même tendances obtenues dans les autres pays où les partenaires bilatéraux interviennent soit en première position pour les pays bénéficiant de l'appui du PEPFAR (comme la Côte d'Ivoire où la part bilatérale va jusqu'à 60%) ou en second position pour les autres (autour de 20% pour le Burkina en 2012 et 30% pour le Burundi en 2008).

Tableau 5: Les Sources de financement extérieur

Financement extérieur	Année 2010		Année 2011		Année 2012	
	MRO	%	MRO	%	MRO	%
FS.03.01 Contributions bilatérales directes	3 000 000	1,32%	6 300 000	0,95%	6 333 333	0,77%
FS.03.01.07 Gouvernement français		0,00%	2 300 000	0,35%	6 333 333	0,77%
FS.03.01.12 Gouvernement japonais	3 000 000	1,32%	4 000 000	0,60%		0,00%
FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	200 617 724	88,32%	614 283 089	92,43%	778 627 039	94,28%
FS.03.02.07 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme		0,00%	80 134 182	12,06%	313 060 917	37,91%
FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA	19 291 856	8,49%	62 441 366	9,40%	21 366 000	2,59%
FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	8 286 084	3,65%	18 976 287	2,86%	20 276 986	2,46%
FS.03.02.11 Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	2 920 000	1,29%	2 990 000	0,45%	6 000 000	0,73%
FS.03.02.17 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)		0,00%	66 479 756	10,00%	54 114 840	6,55%
FS.03.02.18 Banque mondiale (BM)		0,00%	335 720 498	50,51%	351 208 296	42,53%
FS.03.02.19 Programme alimentaire mondial (PAM)	149 884 184	65,98%	45 747 000	6,88%		0,00%
FS.03.02.20 Organisation mondiale de la Santé (OMS)	35 624 000	15,68%	24 518 000	3,69%	22 200 000	2,69%
FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	8 153 400	3,59%	21 305 000	3,21%	31 291 876	3,79%
FS.03.03.33 World Vision		0,00%	8 516 600	1,28%	500 000	0,06%
FS.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.	8 153 400	3,59%	12 788 400	1,92%	30 791 876	3,73%
TOTAL	227 159 524	100,00%	664 612 089	100,00%	825 852 248	100,00%

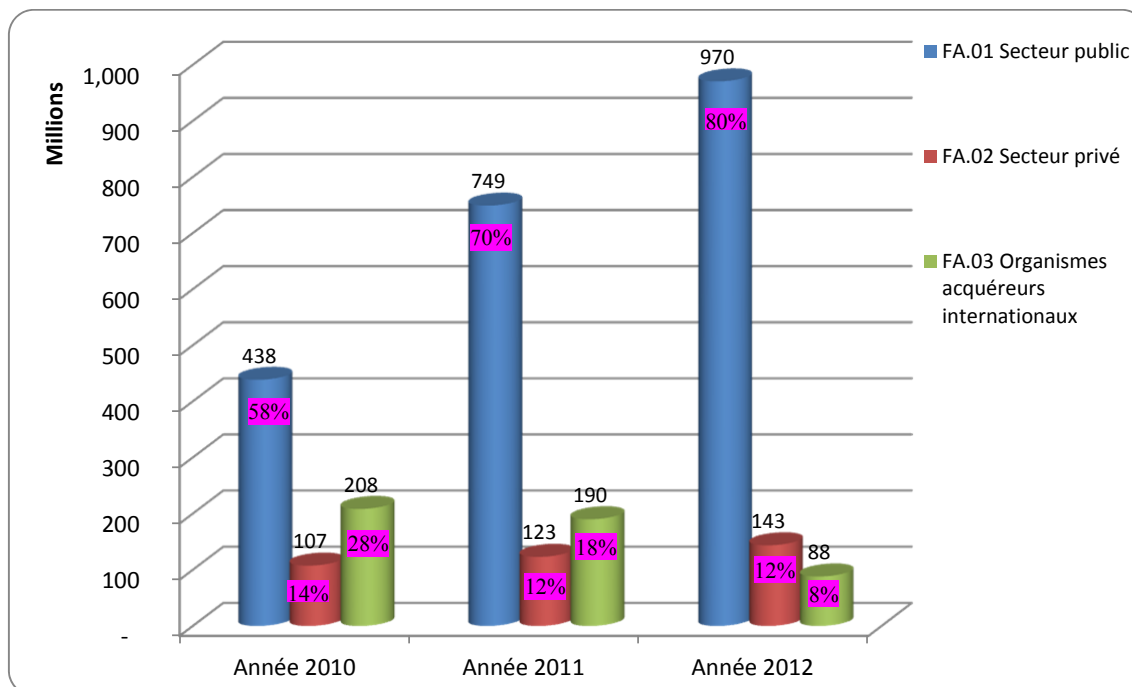
4-3-Dépenses par agent financier

Les agents de financement (ceux qui décident de l'utilisation des fonds) sont des entités à partir desquels les ressources financières transitent avant d'atteindre les prestataires de biens et services (ceux qui exécutent les activités).

L'analyse des données financières montre que pour conforter sa position de décideur de l'utilisation des fonds et de la mise en œuvre de la politique nationale de la lutte contre le Sida en Mauritanie, l'Etat a manipulé et décidé de l'utilisation des ressources pour le financement des activités avec la majeure partie des financements obtenus.

En effet, outre les ressources issues du secteur privé, l'Etat à travers le SENLS et le Ministère de la santé ont joué son rôle prépondérant dans le choix des activités :

- De 58% en 2010, le secteur public a géré 70%% des ressources dépenses en 2011 et 80% en 2012. Il est important de constater une forte augmentation du pouvoir de décision des agents publics de 12% et 10% d'une année à l'autre. La hausse du pouvoir de décision des agents publics dans l'utilisation des ressources est liée principalement à l'augmentation des ressources des partenaires extérieurs tels le FM et la BM qui passent par l'Etat (SENLS),
- La part des ressources publiques gérées par le secteur public – en totalité - a aussi renforcé la part prépondérante des agents publics (la totalité des fonds publics sont confiés aux agents publics) de façon progressive. La part des ressources des partenaires extérieurs alloués aux agents publics est passée de 3,34% en 2010 - très faible - à 62,1% en 2011 pour se positionner à 74,4% en 2012 (acceptable).
- Le corolaire de cette situation est la baisse des fonds gérés par les partenaires extérieurs qui sont passé de 28% en 2010, 18% en 2011 à 8% en 2012 du fait du transfert de leur financement au secteur public pour être gérer et mettre en place le PSN du pays. Il est constaté une forte baisse du pouvoir de décision des agents extérieurs de l'ordre de 20% entre 2010 et 2012.
- Environ 14% des ressources dépensées en 2010 ont transité par les agents privés contre 12% en 2011 et 2012. Ces fonds concernent essentiellement les ressources mises à disposition par les ménages et la société civile qui ont de facto joué le rôle d'agent de financement. En effet, ceux-ci ont eux même décidé de l'utilisation de leur propre fonds qu'ils ont alloué. En remarque, on notera une légère baisse du pouvoir de décision des agents privés de 2%. Ceci est la conséquence de la forte hausse de pouvoir décisionnel du secteur public.



Graphique 7 : Répartition des financements par agent

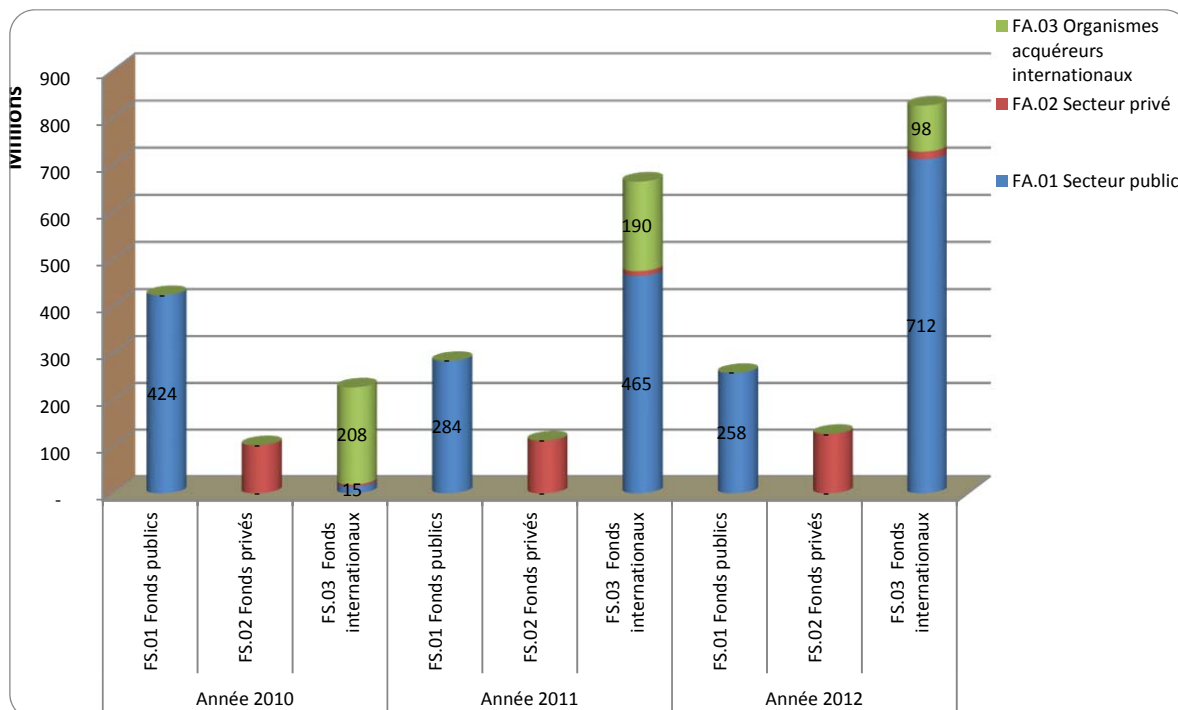
L'analyse du graphique ci-dessous indique sur les trois années 2010, 2011 et 2012, pour chacune des trois (3) sources de financement, la répartition par agent de financement.

Au titre de l'année 2010, l'observation majeure est que seulement 15 millions MRO des fonds extérieurs ont été transférés aux secteurs publics. Au cours de cette année, chaque type de source a assuré la gestion de ses fonds en tant que agent de financement (public par le public, le privé par le privé et l'essentiel des fonds extérieur par le reste du monde).

Pour 2011, même si la tendance a été maintenue au niveau des fonds intérieurs, la partie extérieure a été transférée au secteur public (465 millions MRO).

La même orientation a été obtenue en 2012 car un montant absolu de l'ordre de 712 millions MRO a été transféré au secteur public.

La position du secteur public a été renforcé à l'issue de cette étude et la tendance devrait des poursuivre selon la configuration du plan stratégique nation (PSN) 2011-2015 en cours d'exécution.

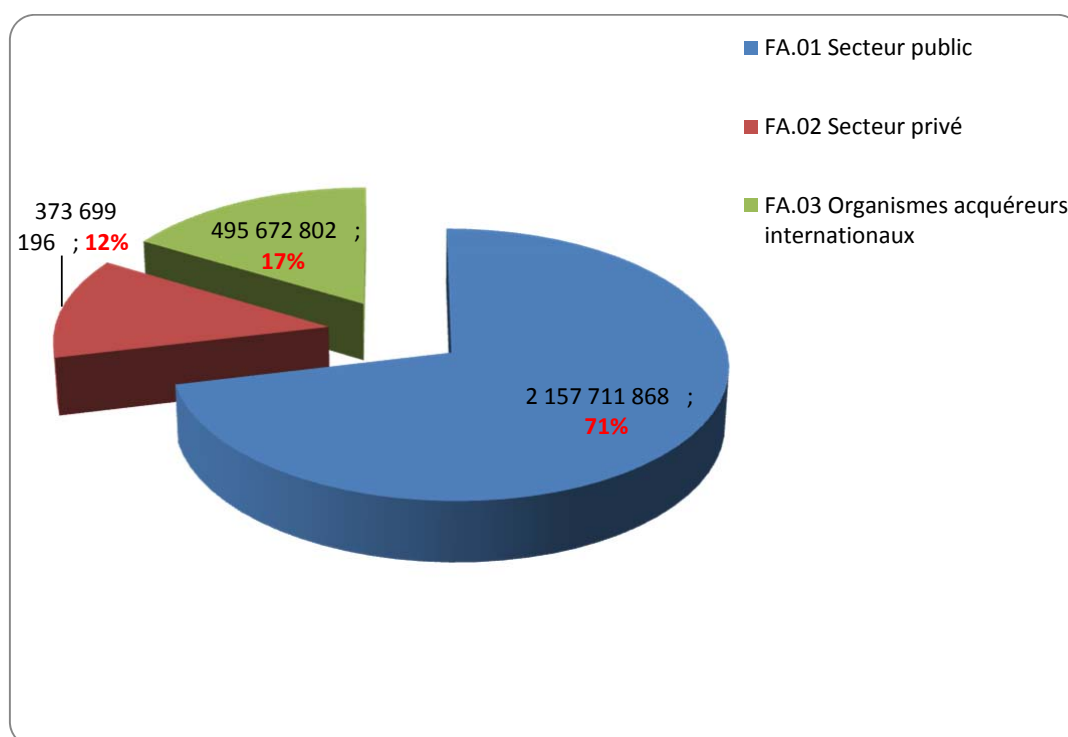


Graphique 8 : Répartition des sources de financements par agent

Sur toute la période, le secteur public mauritanien a géré plus de 2,2 milliards MRO, soit 71% des dépenses totales. Il est suivi du secteur extérieur pour 17% des dépenses, ce qui représente la somme de 496 millions MRO contre 374 millions MRO pour le secteur privé, soit 12% des sommes utilisées.

En rappel, pendant les trois années la part cumulée des institutions internationales dans le financement de la lutte contre le VIH/sida s'élevait à 57% contre 43% pour les institutions nationales (soit 32% pour le public et 11% pour le privé).

Avec la diversité des sources de financement (FM, BM et autres Partenaires au développement) le gouvernement à travers ses agents de financement (SENL et secteur ministériel) reçoit de plus en plus de financement alors que les autres agents de financement extérieur (ONG Internationales ou institutions) voient leurs ressources gérées diminuées d'année en année.



Graphique 9 : Répartition des financements par agents sur la période

Le tableau ci-après donne le détail des différents intervenants dans le secteur des agents de financement tant interne qu'externe. Au niveau interne, il fait ressortir le Coordination nationale et une diversité de secteurs ministériels stratégiques dans la réponse nationale (santé, éducation, affaires sociales,...).

De façon plus détaillée sur le tableau, on note qu'en Mauritanie, seul le Gouvernement japonais en tant que partenaire bilatéral a intervenu dans la réponse nationale entre 2010 et 2012 en tant qu'agent de financement. Le reste des financements extérieurs se concentre entre les multilatéraux et quelques ONG internationales.

Le passage de 28% à 18% du secteur extérieur, se justifie par la baisse des fonds utilisés par le PAM qui sont passés de 150 à 46 millions MRO entre 2010 et 2011 (de 20% à 4,3%). Ce qui a été renforcé par l'utilisation des fonds de l'OMS qui sont passés de 36 à 25 millions MRO (soit 4,7% à 2,3%). En effet, le PAM a investi dans son programme de distribution alimentaire aux PVVIH afin de soutenir les PVVIH suivies au niveau du CTA.

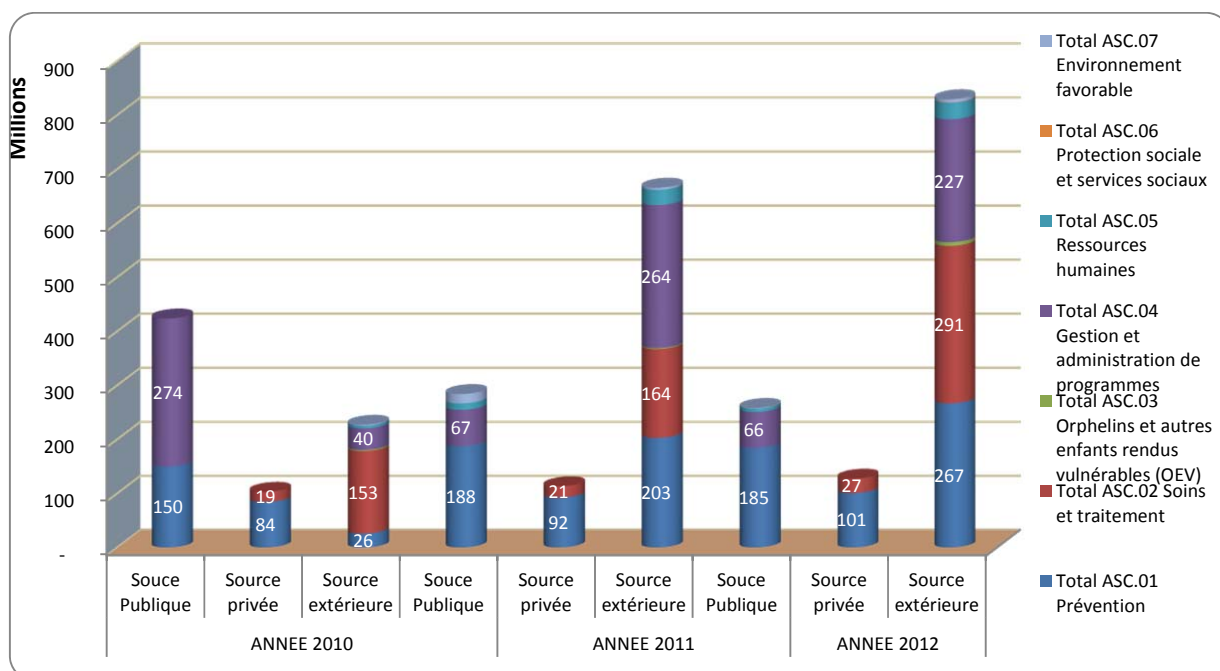
Entre 2011 et 2012, la baisse a été accélérée par l'absence de financement du PAM et la baisse tendancielle des fonds de l'ONUSIDA (de 57 à 15 millions), de l'UNFPA (de 49 à 24 millions MRO) et de l'OMS ; lesquels partenaires ont eux même joué le rôle d'agent de financement.

Tableau 6 : Répartition des dépenses par agent financier

AGENTS DE FINANCEMENT	Total 2010	%	Total 2011	%	Total 2012	%
FA.01 Secteur public	438 390 181	58,15%	748 938 851	70,54%	970 382 837	80,11%

FA.01.01.01.01 Ministère de la Santé (ou entité du même secteur)	151 796 669	20,13%	195 429 907	18,41%	188 167 131	15,53%
FA.01.01.01.02 Ministère de l'Education (ou entité du même secteur)		0,00%	10 630 359	1,00%	9 950 000	0,82%
FA.01.01.01.03 Ministère du Développement social (ou entité du même secteur)	975 280	0,13%	1 195 103	0,11%	898 200	0,07%
FA.01.01.01.08 Autres ministères (ou entités du même secteur)		0,00%	7 475 000	0,70%	30 600 000	2,53%
FA.01.01.01.10 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida	285 518 232	37,87%	531 708 482	50,08%	732 466 963	60,47%
FA.01.01.03.99 Autres entités locales/municipales non classifiées ailleurs (n.c.a.)		0,00%	2 300 000	0,22%	6 333 333	0,52%
FA.01.04 Organismes parapublics et entités extrabudgétaires	100 000	0,01%	200 000	0,02%	1 967 210	0,16%
FA.02 Secteur privé	107 362 971	14,24%	122 974 929	11,58%	143 461 296	11,84%
FA.02.04 Foyers privés (dépenses consenties par les particuliers)	101 189 571	13,42%	111 308 529	10,48%	121 326 296	10,02%
FA.02.05 Institutions à but non lucratif (autres que pour l'assurance sociale)	6 173 400	0,82%	9 488 400	0,89%	19 685 000	1,62%
FA.02.06 Organismes et entreprises non parapublics privés (autres que pour l'assurance santé)		0,00%	2 178 000	0,21%	2 450 000	0,20%
FA.03 Organismes acquéreurs internationaux	208 182 688	27,61%	189 849 348	17,88%	97 640 766	8,06%
FA.03.01 Organismes bilatéraux administrant des ressources externes	3 000 000	0,40%	4 000 000	0,38%		0,00%
FA.03.01.12 Gouvernement japonais	3 000 000	0,40%	4 000 000	0,38%		0,00%
FA.03.02 Organismes multilatéraux administrant des ressources externes	201 352 688	26,71%	184 649 348	17,39%	81 816 100	6,75%
FA.03.02.07 Secrétariat de l'ONUSIDA	11 464 504	1,52%	57 012 124	5,37%	15 051 600	1,24%
FA.03.02.08 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	1 460 000	0,19%	1 639 543	0,15%	15 049 660	1,24%
FA.03.02.10 Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	2 920 000	0,39%	2 990 000	0,28%	6 000 000	0,50%
FA.03.02.16 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)		0,00%	48 742 681	4,59%	23 514 840	1,94%
FA.03.02.18 Programme alimentaire mondial (PAM)	149 884 184	19,88%	45 747 000	4,31%		0,00%
FA.03.02.19 Organisation mondiale de la Santé (OMS)	35 624 000	4,73%	24 518 000	2,31%	22 200 000	1,83%
FA.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	3 830 000	0,51%	5 200 000	0,49%	15 824 666	1,31%
Worldvisipon		0,00%		0,00%	500 000	0,04%
FA.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif	3 830 000	0,51%	5 200 000	0,49%	15 324 666	1,27%
TOTAL	753 935 840	100,00%	1 061 763 128	100,00%	1 211 384 899	100,00%

4-4-Dépenses par chapitre d'interventions



Graphique 10 : Représentation des dépenses en fonction des interventions

L'outil d'estimation des flux des ressources et dépenses de lutte contre le sida propose huit (8) grandes catégories de dépenses ; chacune de ces catégories comprenant plusieurs sous catégories. Cette catégorisation constitue la partie charnière de la lutte contre le VIH/Sida car elle permet une bonne visibilité des actions menées sur le terrain mais aussi une réallocation des ressources en cas de nécessité.

Pour la Mauritanie et cela sur les trois années concernées par l'étude, six (6) grandes catégories ont été prises en compte en 2010 et 2011 (toutes les grandes catégories sauf la Protection sociale et services sociaux et, la Recherche liée au VIH) et sept (7) en 2012 (absence la Recherche liée au VIH).

Tableau 7: Répartition des dépenses par intervention

Activités	TOTAL 2010	Taux	TOTAL 2011	Taux	TOTAL 2012	Taux
ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	10 747 904	1,43%	54 730 105	5,15%	31 547 500	2,60%
ASC.01.02 Mobilisation communautaire	3 230 980	0,43%	3 600 000	0,34%	31 186 860	2,57%
ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)		0,00%	8 584 290	0,81%	38 893 957	3,21%
ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	1 240 708	0,16%	626 884	0,06%	16 651 070	1,37%
ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés		0,00%	20 402 859	1,92%	35 055 839	2,89%
ASC.01.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés	830 000	0,11%	12 535 975	1,18%	15 238 107	1,26%
ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PVV)	186 000	0,02%	832 416	0,08%		0,00%

ASC.01.08 Programmes de prévention destinés au professionnel (le)s du sexe et à leurs clients	2 222 086	0,29%	2 375 842	0,22%	7 231 600	0,60%
ASC.01.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	1 163 766	0,15%		0,00%	5 431 600	0,45%
ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	543 400	0,07%	10 785 184	1,01%	23 211 764	1,92%
ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	41 303 571	5,48%	94 176 610	8,86%	73 037 822	6,03%
ASC.01.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	40 950 000	5,43%	87 714 692	8,25%	49 099 050	4,05%
ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	7 008 876	0,93%	16 697 500	1,57%	36 355 840	3,00%
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	150 057 517	19,90%	170 028 588	16,00%	189 199 815	15,62%
Total ASC.01 Prévention	259 484 808	34,42%	483 090 945	45,45%	552 140 824	45,58%
Total ASC.02.01.02.98 Prophylaxie et traitement ambulatoires des infections opportunistes, données non ventilées par type d'activité	8 136 000	1,08%	40 919 937	3,85%	44 444 303	3,67%
Total ASC.02.01.03.98 Thérapie antirétrovirale, données non ventilées soit par âge soit par intention		0,00%	71 556 315	6,73%	131 043 880	10,82%
Total ASC.02.01.04 Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	152 884 184	20,28%	46 644 000	4,39%	123 900 000	10,23%
Total ASC.02.01.05 Suivi en laboratoire spécifique au VIH	10 800 000	1,43%	11 880 000	1,12%	12 949 200	1,07%
Total ASC.02.01.09 Soins à domicile		0,00%	1 039 000	0,10%	100 000	0,01%
ASC.02.03 Transport des patients et secours d'urgence		0,00%	12 702 200	1,19%	5 440 000	0,45%
ASC.02.99 Services de soins et de traitement, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		0,00%	492 154	0,05%		0,00%
Total ASC.02 Soins et traitement	171 820 184	22,79%	185 233 606	17,43%	317 877 383	26,24%
ASC.03.01 Education des OEV		0,00%	1 545 531	0,15%	5 360 640	0,44%
ASC.03.04 Appui communautaire aux OEV	1 986 768	0,26%	320 229	0,03%	1 573 800	0,13%
Total ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	1 986 768	0,26%	1 865 760	0,18%	6 934 440	0,57%
ASC.04.01 Planification, coordination et gestion de programmes	287 782 984	38,17%	300 456 705	28,27%	221 549 775	18,29%
ASC.04.03 Suivi et évaluation	4 192 536	0,56%	20 319 000	1,91%	27 256 812	2,25%
ASC.04.04 Recherche opérationnelle		0,00%	10 465 000	0,98%	4 500 000	0,37%
ASC.04.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)	21 900 000	2,90%		0,00%	4 732 617	0,39%
ASC.04.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments		0,00%		0,00%	31 938 508	2,64%
Total ASC.04 Gestion et administration de programmes	313 875 520	41,63%	331 240 705	31,16%	289 977 712	23,94%
ASC.05.02 Activités de formation destinées à accroître les personnels intervenant dans le cadre de la lutte contre le sida	5 048 972	0,67%	1 284 803	0,12%	2 961 300	0,24%
ASC.05.03 Formation		0,00%	39 094 926	3,68%	33 955 740	2,80%
Total ASC.05 Ressources humaines	5 048 972	0,67%	40 379 729	3,80%	36 917 040	3,05%

Total ASC.06.04 Création de revenus dans le cadre spécifique de la lutte contre le VIH		0,00%		0,00%	792 000	0,07%
Total ASC.06 Protection sociale et services sociaux		0,00%		0,00%	792 000	0,07%
Total ASC.07.01 Sensibilisation	1 719 588	0,23%	19 042 825	1,79%	6 745 500	0,56%
Total ASC.07.02.03 Renforcement des capacités dans le domaine des droits de l'homme		0,00%	2 105 558	0,20%		0,00%
Total ASC.07 Environnement favorable	1 719 588	0,23%	21 148 383	1,99%	6 745 500	0,56%
Total général	753 935 840	100,00%	1 062 959 128	100,00%	1 211 384 899	100,00%

A l'image de situation qui prévaut partout ailleurs (Côte d'Ivoire, Mali, Burkina, Niger,...) trois grandes catégories enregistrent les plus forts taux de consommation de ressources. Il s'agit de :

- la prévention avec 34,42% en 2010, 45,45% en 2011 et 45,6% en 2012. On note une progression régulière des dépenses de prévention due à l'intervention de la BM et du FM qui ont orienté une bonne partie de leur ressources sur le Prévention et la prise en charge,
- dépenses d'administration et gestion des programmes qui concernent essentiellement la planification et la coordination et, le suivi évaluation. Ces dépenses sont passées de 41,63% en 2010 ; 31,16% en 2011 à 23,94% en 2012. Le taux de l'année 2010 a été influencé par l'appui ponctuel de l'Etat pour apurer les arriérés, mais aussi à l'absence de fonds des partenaires traditionnels comme le FM et la BM,
- les soins et traitement ont bénéficié de 22,8% des financements de 2010, 17,43% en 2011 et 26,24% en 2012. Ils ont été plus influencés par les dépenses de thérapie ARV et d'appuis alimentaires sous financement des partenaires multilatéraux.

La prévention, la prise en charge et le traitement sont des interventions clés dans la lutte contre le SIDA. Ils constituent des axes d'intervention prioritaires du PSN. Par ailleurs la plupart des acteurs consacrent leurs efforts dans ces domaines de prestations de services. On comprend dès lors pourquoi ces interventions absorbent la majorité des ressources.

Par contre la question qui reste à élucider c'est la part de plus en plus importante qu'occupe la gestion et administration des programmes.

Un essai de réponse consisterait à dire que d'une façon générale, certaines sources de financement se comportent souvent comme des prestataires ou des agents de financement. Les frais de gestion des projets générés pourraient expliquer les ressources importantes allouées.

4-4-1-Répartition des dépenses de prévention

Les dépenses de prévention ont globalement progressé de 2010 à 2012, passant respectivement de 259,5 millions MRO (34,42%) à 483 millions MRO (45,45%) et 552,14 millions MRO (45,6%).

A l'intérieur de ces dépenses, quatre (4) sous catégories ont enregistré la plus grande partie des dépenses. Il s'agit de la sécurité transfusionnelle (19,9% ; 16% et 15,62%) essentiellement financée par l'Etat, de la fourniture des préservatifs (5,48% ; 8,86% et 6,03%) ; de la prévention et traitement des IST (5,43% ; 8,25% et 4,05%) et de la communication pour le changement de comportement (1,43% ; 5,15% et 2,6%). Ces taux calculés sur la base des dépenses totales par année montrent qu'une bonne partie de ressources de prévention se concentre sur quelques activités et cela en défaveur d'autres pourtant essentiel. En effet, la grande catégorie prévention enregistre 22 sous activités et on pourrait noter que certaines adressées à des populations clés n'ont pas été financées (ou insuffisamment) :

- la PTME, pour 0,93% ; 1,57% et 3% sur la période. La PTME devrait être une activité majeure du fait qu'elle protège des innocents qui pourraient contracter le VIH dès leur naissance. Cependant, on note tout de même une légère progression ;
- la prévention des professionnelles du sexe (PS) avec 0,29%, 0,22% et 0,6%. Or ce groupe à haut risque a un taux de séroprévalence de l'ordre de 8% largement au dessus de la moyenne nationale ;
- la prévention des hommes ayant des rapports avec des hommes, également un groupe à risque dont le nombre croissant devrait bénéficier d'une attention sans tabou (0,15%, 0,00% et 0,45%) surtout que certains sont bisexuels ;
- la prévention des jeunes qu'ils soient scolarisés ou non devraient être une priorité car la jeunesse constituent l'avenir, mais aussi étant des nouveaux actifs sexuels, pourraient constituer une porte ouverte à la propagation du VIH. Cependant, on note qu'entre 2010 et 2012, cette activité n'a profité que de 0,11% ; 3,1% et 4,15% des ressources. Une croissance est perceptible mais reste insuffisante pour ce groupe dont plus de la moitié de la population du pays est composée de jeunes de moins de 24 ans.
- Le CTV permet à chaque catégorie de la population de connaître son statut sérologique qui lui permet d'adopter un comportement sans risque pour se protéger et protéger les autres. Par contre seulement, 0,81% et 3,21% des ressources ont été consacrées à cette activité en 2011 et 2012.
- Les activités engagées sur le lieu de travail, menées au profit des ouvriers et la prévention des populations vulnérables mais accessibles (comme les pêcheurs et les réfugiés) devraient également bénéficier d'une attention particulière car leurs financements sont faibles.

Enfin, nous suggérons à ce que la Mauritanie à travers le SENLS et les partenaires travaillent de façon conjuguée pour toucher au mieux les groupes les plus sensibles car cela permettrait de réduire le taux de séroprévalence dans un monde où le mouvement de population est un vecteur de transmission du VIH.

Durant la revue des dépenses, aucune information sur le financement de la prophylaxie post exposition, la sécurité des injections n'a été obtenue. Or, ces activités permettent la protection des personnels de santé impliqués dans la prise en charge et le traitement du VIH/Sida.

4-4-2-Répartition des dépenses de soins et traitement

Au cours des années 2010 à 2012, les dépenses de soins et traitement sont essentiellement liées respectivement à :

- L'appui alimentaire associé à la thérapie pour 153 millions MRO (20,28%), 46,64 millions MRO (4,4%) et 124 millions MRO (10,23%). Cette activité a été influencée par l'appui du PAM,
- La prophylaxie et le traitement des infections opportunistes pour 1,1% ; 3,85% et 3,67%. Avec l'intervention du FM et de la BM, les deux dernières années ont connu une nette amélioration dans la prise en charge de cette activité.
- La thérapie antirétrovirale avec 6,73% en 2011 et 10,82% en 2012. L'année 2010 selon l'estimation faite n'a pas connu d'achat d'ARV. Ceux-ci étant majoritairement payés par les partenaires tels le FM, la BM... qui n'ont pas intervenu cette dernière année.
- Certains domaines comme le suivi de laboratoire et le transport de patients ont également été prises en charge mais avec des montants relativement faibles (inférieur ou égal à 1,5%).

4-4-3-Répartition des dépenses d'administration et de gestion de programme

On note que les dépenses liées à l'administration et gestion de programme ont évolué à la baisse de 2010 à 2012 avec respectivement 313,9 millions MRO, soit 41,63% ; 331,24 millions MRO, soit 31,16% et 290 millions MRO soit 23,94%. Cette baisse tendancielle s'explique par la chute de la part en valeur relative des dépenses de planification et de gestion de programme. En effet, entre 2010 et 2011, le montant total a augmenté de 17,34 millions, mais compte tenu de la faiblesse du montant total de dépenses de VIH en 2010, le taux était élevé.

A partir de 2011, l'augmentation des fonds par la BM et le FM a fait baisser les taux de l'ordre de 10%. En 2012, le montant consacré à cette activité a baissé et cela a eu une répercussion sur le taux qui se situe à 23,94%.

Ces dépenses sont constituées principalement par la planification, la coordination et la gestion du programme (38,17%, 28,27% et 18,29%), le suivi-évaluation (0,56% ; 1,91% et 2,25%). Aussi, 2012 a connu une intervention de système d'approvisionnement pour 2,26%.

Les données laissent transparaître que de faibles ressources ont été consacrées au suivi-évaluation et à la recherche opérationnelle pourtant essentiel.

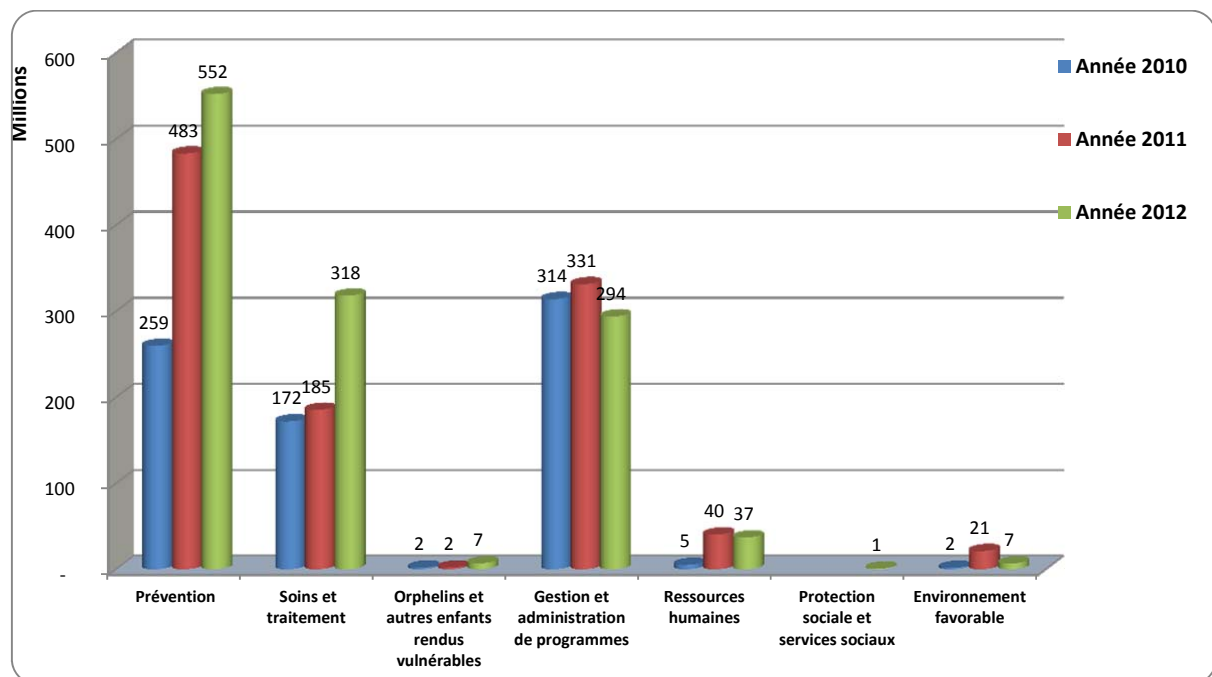
4-4-4-Répartition des dépenses pour les orphelins et enfants vulnérables (OEV)

Les OEV sont considérés comme une population vulnérable et devraient faire l'objet d'une attention particulière.

En effet, les OEV se concentrent beaucoup plus dans les villes et s'ils ne sont pas surveiller et protéger contre le VIH, ils pourraient constituer un nid de débauche et un terrain fertile pour le Sida du fait du comportement indécent de certaine catégorie de personnes de nos jours.

De 2010 à 2012, les dépenses liées aux OEV sont restées faibles et stables à environ 0,26% ; 0,18% et 0,57% des dépenses totales. Les données indiquent que ces dépenses sont liées à l'éducation des OEV et à leur appui communautaire.

La figure ci-après représente la répartition des grandes catégories de dépenses liées au Sida (ASC) et de façon comparative pour les trois (3) années.



Graphique11: Représentation des dépenses en fonction des interventions

4-5-Dépenses par facteurs de production

Pour les années 2010, 2011 et 2012, les dépenses courantes et les dépenses en capital ont été identifiées et représentées dans le tableau ci-après.

Sur les dépenses globales estimées, respectivement de 748,27 millions MRO (99,25%) ; 1,02 milliard MRO (96,52%) et 1,16 milliard MRO (95,4%) ont été consacrés aux dépenses courantes tandis que seulement 0,75% ; 3,48% et 4,61% ont été investis en terme d'achat d'équipement, de construction et de rénovation.

Les dépenses courantes se répartissent en revenus du travail pour respectivement 39,93% ; 23,08% et 14,87% et, en fournitures et services pour 59,31% ; 73,44% et 80,52%.

Les revenus du travail sont dominés par les salaires pour 33,66% ; 20,88% et 12,34% des dépenses totales et les revenus salariaux indirects (les incitations) pour respectivement 2,45% ; 1,46% et 1,33%. Le taux des salaires est en baisse substantielle car en 2010, avec l'apurement des arriérés de salaires par l'Etat, cela a augmenté la ligne, aussi, l'intervention de la BM et du FM qui ne consacrent qu'une infime partie de leur financement à cette rubrique a contribué à la baisse du taux.

Les fournitures et services sont constitués entre des réactifs (14,7% ; 14,56% et 15,65%) mis a disposition par le FM et la BM, les produits alimentaires (21,04% ; 5,1% et 10,49%) financé à majorité par le PAM, les préservatifs (5,48% ; 8,87% et 6,3%), des ARV pour 6,74% en 2011 et 7,41% en 2012, auxquels d'importantes ressources sont consacrés mais aussi, le service administratif, les services de publication, les consultances et les frais de transport.

Au niveau des dépenses en capital, les ressources ont été affectées prioritairement à la modernisation des infrastructures pour 0,18% en 2010, 0,31% en 2011 et 1,53% en 2012. Aussi, de nouvelles technologies de l'information tels du matériel informatique ont été acquis à hauteur respectivement de 0,15% ; 2,57% et 0,65%.

A titre de comparaison avec d'autres pays, la tendance est de l'ordre 5 à 8% pour les dépenses en capital (Burkina, Côte d'Ivoire, Mali,...). , répondant à la norme qui doit être inférieur à 10%, car les activités de lutte sont beaucoup plus concentrées sur des dépenses d'achat de biens et de services de consommation. La Mauritanie a un taux de dépenses en capital inférieur à 5% sur toute la période avec 0,75% en 2010, 3,48% en 2011 et 4,61% en 2012. Une marge d'investissement est toujours possible pour renforcer les infrastructures entrant dans la réponse nationale au VIH/Sida.

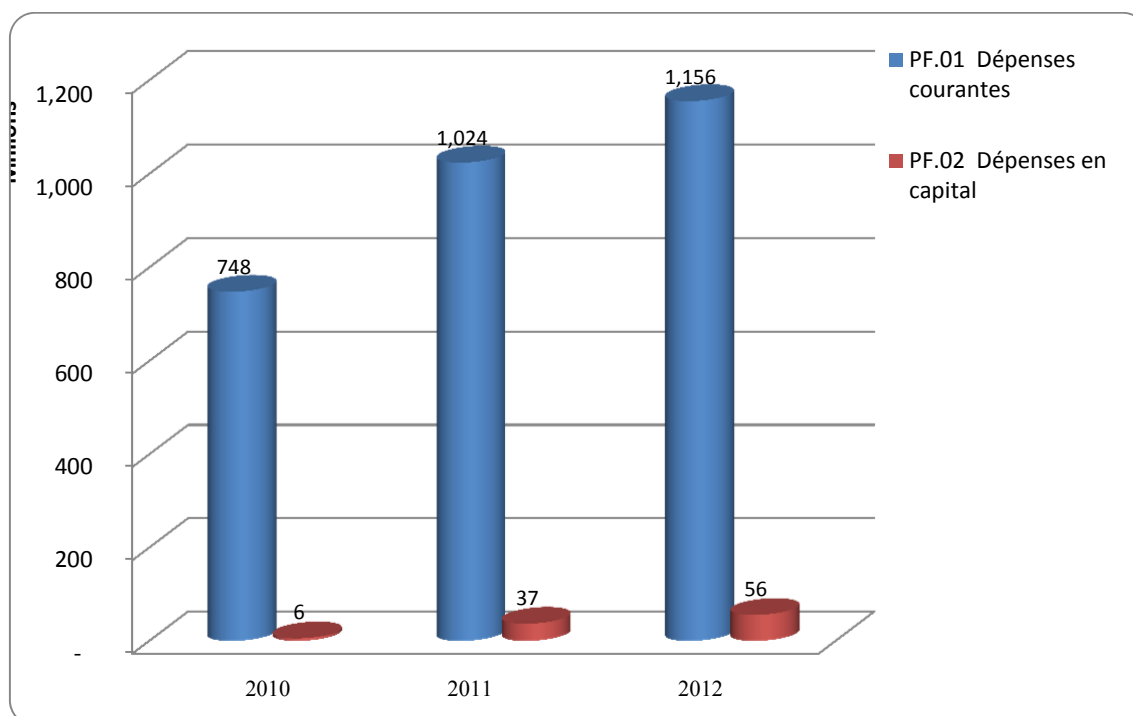
Tableau 8 : Répartition des dépenses par facteurs de productions

Facteurs de production	Montant 2010		Montant 2011		Montant 2012	
PF.01 Dépenses courantes	748 266 660	99,25%	1 024 232 688	96,52%	1 155 576 993	95,39%
PF.01.01 Revenus du travail (indemnisation des employés et rémunération des propriétaires)	301 083 189	39,93%	244 892 118	23,08%	180 119 126	14,87%
PF.01.01.01 Salaires	276 430 465	36,66%	221 585 228	20,88%	149 527 276	12,34%
PF.01.01.03 Revenus salariaux indirects	18 496 072	2,45%	15 487 200	1,46%	16 122 000	1,33%
PF.01.01.99 Revenus du travail non classifiés ailleurs (n.c.a.)	6 156 652	0,82%	7 819 690	0,74%	14 469 850	1,19%
PF.01.02 Fournitures et services	447 183 471	59,31%	779 340 570	73,44%	975 457 867	80,52%
PF.01.02.01.01 Antirétroviraux		0,00%	71 556 315	6,74%	136 712 728	11,29%
PF.01.02.01.02 Autres médicaments et produits pharmaceutiques (à l'exception des antirétroviraux)	49 086 000	6,51%	76 994 937	7,26%	89 823 353	7,41%
PF.01.02.01.04 Préservatifs	41 303 571	5,48%	94 176 610	8,87%	73 037 822	6,03%
PF.01.02.01.05 Réactifs et matériels	110 743 602	14,69%	154 481 781	14,56%	189 622 754	15,65%
PF.01.02.01.06 Produits alimentaires et nutriments	158 610 139	21,04%	54 068 212	5,10%	127 071 084	10,49%
PF.01.02.01.07 Uniformes et matériel scolaire	526 768	0,07%	1 545 531	0,15%	5 360 640	0,44%
PF.01.02.01.98 Matériels, données non ventilées par type	2 837 072	0,38%	2 095 342	0,20%	5 573 117	0,46%
PF.01.02.02.01 Services administratifs	46 148 077	6,12%	80 786 522	7,61%	46 433 275	3,83%
PF.01.02.02.02 Maintenance et services de réparation		0,00%	1 839 500	0,17%	3 349 400	0,28%

PF.01.02.02.03 Services liés à la publication, à la production cinématographique, à la radiodiffusion, et à l'élaboration de programmes	9 588 524	1,27%	97 230 823	9,16%	85 774 152	7,08%
PF.01.02.02.04 Services de consultants	14 252 324	1,89%	44 631 279	4,21%	57 160 547	4,72%
PF.01.02.02.05 Services de transport et de déplacement	5 498 946	0,73%	61 269 111	5,77%	75 425 670	6,23%
PF.01.02.02.06 Services d'hébergement		0,00%	640 000	0,06%	4 050 982	0,33%
PF.01.02.02.07 Services logistiques liés à des manifestations, s'agissant y compris de services de restauration	575 280	0,08%	3 828 200	0,36%	5 886 890	0,49%
PF.01.02.02.98 Services, données non ventilées par type	8 013 168	1,06%	34 196 407	3,22%	70 175 453	5,79%
PF.02. Dépenses en capital	5 669 180	0,75%	36 932 440	3,48%	55 807 906	4,61%
PF.02.01.01 Modernisation des laboratoires et autres infrastructures	1 332 257	0,18%	3 319 735	0,31%	18 590 000	1,53%
PF.02.01.99 Constructions, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)		0,00%		0,00%	9 000 000	0,74%
PF.02.02.01 Véhicules		0,00%		0,00%	10 900 000	0,90%
PF.02.02.02 Technologie de l'information (matériels et logiciels informatiques)	1 136 150	0,15%	27 244 975	2,57%	7 919 500	0,65%
PF.02.02.03 Laboratoires et autres équipements médicaux		0,00%	5 856 000	0,55%	3 111 964	0,26%
PF.02.02.99 Equipements, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	3 200 773	0,42%	511 730	0,05%	6 286 442	0,52%
TOTAL	753 935 840	100,00%	1 061 165 128	100,00%	1 211 384 899	100,00%

De façon spécifique, au niveau des dépenses courantes sur la période 2010-2012, les fournitures et services prennent une part importante avec respectivement 447,2 millions MRO (59,31%) ; 779,3 millions MRO (73,44%) et 975,5 millions MRO (80,52%) des ressources qui ont été consacrées au VIH/Sida.

Pour ce qui concerne les dépenses en capital sur la même période, ce sont les dépenses de modernisation des infrastructures avec respectivement 1,33 million MRO (0,18%) ; 3,32 millions MRO (0,31%) et 18,6 millions MRO (1,53%) qui ont été majoritairement financées.



Graphique 12 : Répartition dépenses par facteurs de production.

4-6-Dépenses par population bénéficiaire

De 2010 à 2012, deux groupes de populations bénéficiaires ont profité du financement de la lutte contre le VIH/Sida, il s'agit des PVVIH et les initiatives non ciblées liées aux activités de gestion de programme. En effet, ils ont bénéficié respectivement de 172 millions MRO (22,81%) en 2010, et pour 2011, 187,14 millions MRO (17,63%) et 386,24 millions MRO (36,38%) et en 2012, 348,96 millions MRO (28,81%) et 290 millions MRO (23,93%). Les initiatives non ciblées ne sont pas un groupe cible proprement parlé car elles concentrent les dépenses réalisées dans le cadre de la gestion de programme, de l'environnement favorable et de la recherche qui ne ciblent pas une population spécifique.

Le troisième bénéficiaire des dépenses est constitué par les receveurs de sang ou de produits sanguins dans le cadre des activités de sécurité transfusionnelle. En effet, il a été enregistré 19,9% en 2010, 16,01% en 2011 et 15,62% en 2012 de dépenses au profit de ce groupe.

La population générale qui bénéficie des activités transversales (CCC, CTV, Mobilisation communautaire, distribution de préservatifs,...) est classé en quatrième position sur la liste des bénéficiaires avec 7% des dépenses en 2010, 14,61% en 2011 et 12,85% en 2012.

Les groupes cibles spécifiques et à risque n'ont pas pu bénéficier de suffisamment d'interventions à leur endroit. Il s'agit des professionnelles du sexe, et des hommes ayant des rapports avec les hommes. On a respectivement enregistré 0,29% et 0,15% en 2010 ; 0,5% et 0% en 2011 et 0,6% et 0,45% des fonds utilisés.

Au titre des populations clé, une attention particulière devrait être accordée aux enfants nés ou à naître de mères séropositives dans le cadre de la PTME.

Aussi, au niveau des populations accessibles, les ouvriers qui intègrent les travailleurs dans les entreprises et les pêcheurs doivent bénéficier d'une attention particulière. Surtout les pêcheurs qui sont de plus en plus une population à risque. Ce groupe n'a bénéficié que de 0,07% ; 1,02% et 1,92% des financements, soit en progression sur les trois années, mais reste toujours faible.

Par ailleurs, certaines populations spécifiques comme les jeunes scolarisés et déscolarisés, les routiers, les réfugiés n'ont pas été suffisamment pris en compte alors que la situation du moment le recommande.

Les graphiques et les tableaux ci-après montrent une représentation en valeurs relatives et donnent un détail de la répartition des dépenses en valeurs absolues par facteur de production sur chaque année.

Année 2010

Tableau 9: Répartition des dépenses par population bénéficiaire, 2010

Public bénéficiaires	Montant dépensé	%
BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	172 006 184	22,81%
BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables	3 385 852	0,45%
BP.02.02.01 Professionnelles du sexe et leurs clients	2 222 086	0,29%
BP.02.03 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	1 163 766	0,15%
BP.03 Autres groupes de population clés	160 293 869	21,26%
BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	1 986 768	0,26%
BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH	7 008 876	0,93%
BP.03.05 Migrants/populations mobiles	1 031 636	0,14%
BP.03.08 Chauffeurs-routiers/travailleurs dans le transport et chauffeurs dans le secteur commercial	209 072	0,03%
BP.03.14 Transfusés ou receveurs de produits sanguins	150 057 517	19,90%
BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles	54 951 972	7,29%
BP.04.01 Personnes reçues dans des services de prise en charge des IST	40 950 000	5,43%
BP.04.05 Professionnels de soins de santé	13 458 572	1,79%
BP.04.10 Ouvriers d'usines (s'agissant par exemple d'initiatives engagées sur le lieu de travail)	543 400	0,07%
BP.05 Ensemble de la population	56 112 455	7,44%
BP.05.01.02 Population adulte féminine	1 000 000	0,13%
BP.05.02.02 Filles	830 000	0,11%
BP.05.03.98 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), données non ventilées par sexe	1 647 900	0,22%
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe.	52 634 555	6,98%
BP.06 Initiatives non ciblées	307 185 508	40,74%
Total	753 935 840	100,00%

Année 2011

Tableau 10: Répartition des dépenses par population bénéficiaire, 2011

Public bénéficiaires	Montant dépensé	%
----------------------	-----------------	---

BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	187 146 907	17,63%
BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables	5 335 344	0,50%
BP.02.02.01 Professionnelles du sexe et leurs clients	5 335 344	0,50%
BP.03 Autres groupes de population clés	188 591 848	17,76%
BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	1 865 760	0,18%
BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH	16 697 500	1,57%
BP.03.14 Transfusés ou receveurs de produits sanguins	170 028 588	16,01%
BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles	113 339 422	10,67%
BP.04.01 Personnes reçues dans des services de prise en charge des IST	87 714 692	8,26%
BP.04.03 Jeunes gens/lycéens	5 050 000	0,48%
BP.04.04 Etudiants à l'université	7 877 859	0,74%
BP.04.05 Professionnels de soins de santé	1 284 803	0,12%
BP.04.07 Militaires	626 884	0,06%
BP.04.10 Ouvriers d'usines (s'agissant par exemple d'initiatives engagées sur le lieu de travail)	10 785 184	1,02%
BP.05 Ensemble de la population	181 101 980	17,06%
BP.05.02.02 Filles	600 000	0,06%
BP.05.03.01 Jeunes hommes	3 000 000	0,28%
BP.05.03.02 Jeunes femmes	3 000 000	0,28%
BP.05.03.98 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), données non ventilées par sexe	19 410 975	1,83%
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe.	155 091 005	14,61%
BP.06 Initiatives non ciblées	386 247 627	36,38%
TOTAL	1 061 763 128	100,00%

Année 2012

Tableau 12 : Répartition des dépenses par population bénéficiaire, 2012

Public bénéficiaires	Montant dépensé	%
BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	348 956 391	28,81%
BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables	12 663 200	1,05%
BP.02.02.01 Professionnelles du sexe et leurs clients	7 231 600	0,60%
BP.02.03 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	5 431 600	0,45%
BP.03 Autres groupes de population clés	248 874 564	20,54%
BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	6 934 440	0,57%
BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH	36 355 840	3,00%
BP.03.03 Réfugiés (déplacés hors de leur pays)	8 639 100	0,71%
BP.03.07 Détenus et personnes placées en institutions	1 360 854	0,11%
BP.03.11 Enfants et jeunes gens non scolarisés	6 384 515	0,53%
BP.03.14 Transfusés ou receveurs de produits sanguins	189 199 815	15,62%
BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles	119 179 069	9,84%
BP.04.01 Personnes reçues dans des services de prise en charge des IST	49 099 050	4,05%

BP.04.03 Jeunes gens/lycéens	22 593 890	1,87%
BP.04.04 Etudiants à l'université	13 661 949	1,13%
BP.04.05 Professionnels de soins de santé	2 961 300	0,24%
BP.04.07 Militaires	7 651 116	0,63%
BP.04.10 Ouvriers d'usines (s'agissant par exemple d'initiatives engagées sur le lieu de travail)	23 211 764	1,92%
BP.05 Ensemble de la population	191 835 691	15,84%
BP.05.03.01 Jeunes hommes	3 000 000	0,25%
BP.05.03.02 Jeunes femmes	10 500 000	0,87%
BP.05.03.98 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), données non ventilées par sexe	22 651 492	1,87%
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe.	155 684 199	12,85%
BP.06 Initiatives non ciblées	289 875 984	23,93%
TOTAL	1 211 384 899	100,00%

L'examen des Tableaux ci-dessus montre que la quasi-totalité des dépenses de PVVIH est représentée par la prise en charge et le traitement (environ 98% pour chacune des trois (3) années) au détriment des autres aspects comme la prévention des PVVIH, le soutien juridique et les services sociaux au bénéfice des PVVH (soutien en nature, AGR et soutien financier).

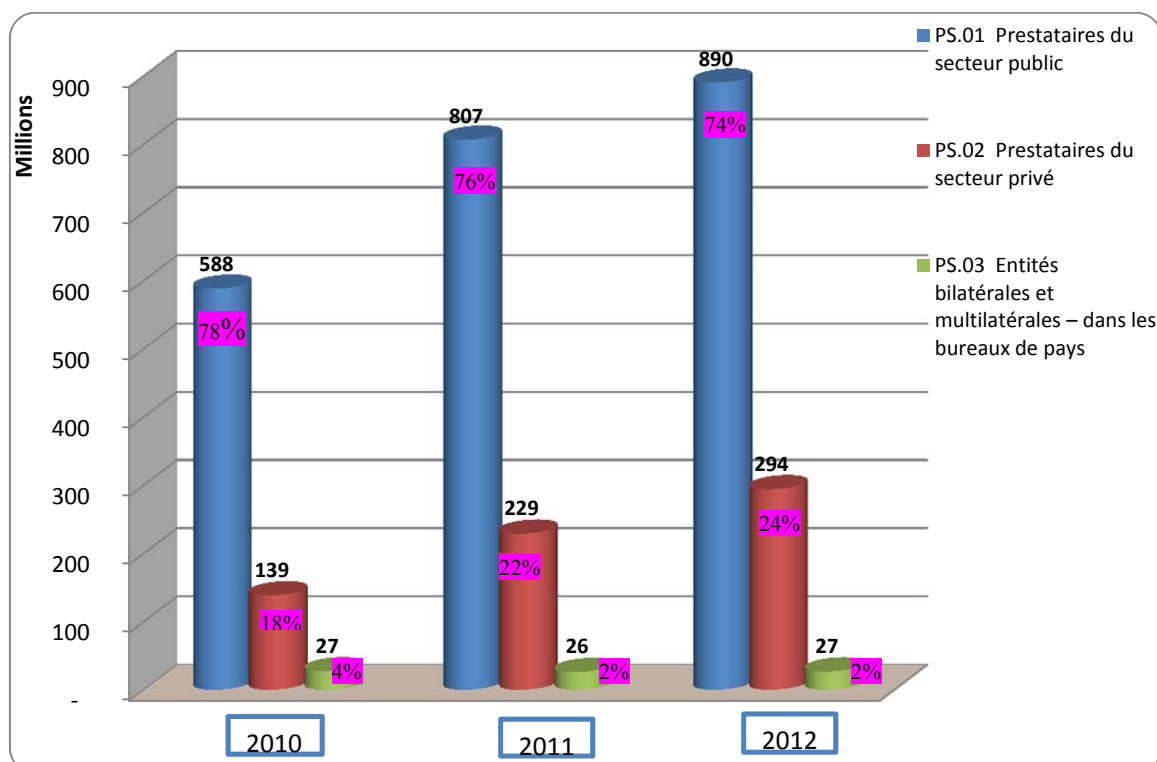
Cela pourrait s'expliquer par le fait que tous les acteurs et intervenants ont mis un accent particulier sur les soins et traitement qui permettent d'améliorer de façon significative la qualité de vie des PVVIH.

Or les AGR constituent une solution durable de pérennisation de financement de la lutte contre le SIDA par les PVVH eux même.

4-7-Dépenses par prestataires

Au cours des années 2010, 2011 et 2012, trois principaux prestataires ont effectués des dépenses dans la lutte contre l'infection à VIH. Ce sont, les prestataires du secteur public, les prestataires du secteur privé, les entités bilatérales et multilatérales dans le pays.

Le graphique ci-dessous nous montre la répartition des dépenses exécutées par année et par prestataires.



Graphique 13 : Evolution de la répartition des dépenses par prestataires.

Il ressort du graphique deux grandes catégories de dépense de prestataire. On distingue d'une part les prestataires du secteur public qui représentent les acteurs ayant effectués de loin les plus importantes prestations de service. Le montant de leurs prestations est passé de 78% en 2010, 76% en 2011 et 74% en 2012, soit en légère baisse. Par contre la part du montant des prestations de services de la seconde catégorie de prestataire (privé) sont passés de 18% ; 22% à 24%.

Cela voudrait montrer que même si une bonne partie des ressources sont transformées en biens et services par le secteur public, avec l'implication des ONG et Associations locales et les divers prestataires du secteur privé (pharmacies, cliniques, laboratoires,..) les ressources sont allées croissantes (6% entre 2010 et 2012). Cette situation est due au transfert d'une partie des fonds des partenaires extérieurs par les agents publics aux prestataires du secteur privé (Associations).

Un troisième groupe de prestataire est intervenu à un degré très faible. Cette situation est la normale car les partenaires extérieurs n'ont pas pour vocation d'être ni des agents de financement, ni des prestataires de services. Les ressources transformées sont passées de 4% en 2010 à 2% en 2011 et 2012, soit en baisse. Cet état est le résultat du transfert d'une bonne partie des ressources extérieures au public et au privé pour produire les services sur le terrain. Les quelques ressources transformées par les partenaires extérieurs sont liées aux activités de gestion de programme par le paiement de frais de transport ou de mission.

Le tableau ci-dessous donne les détails des différents partenaires ayant intervenu sur le terrain pour la production des biens et des services liés au VIH/Sida.

Tableau 13: Répartition des dépenses par prestataire de service, 2010-2012

PS Catégories	2010		2011		2012	
	TOTAL	TAUX	TOTAL	TAUX	TOTAL	TAUX
PS.01 Prestataires du secteur public	588 174 365	78,01%	806 629 306	75,97%	890 348 086	73,50%
PS.01.01.02 Soins ambulatoires	149 884 184	19,88%	165 539 252	15,59%	319 667 619	26,39%
PS.01.01.06 Banques du sang	149 636 745	19,85%	169 528 588	15,97%	189 199 815	15,62%
PS.01.01.14.01 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida (SENLS)	278 692 148	36,96%	417 657 454	39,34%	261 171 936	21,56%
PS.01.01.14.02 Départements relevant du Ministère de la Santé ou équivalent	8 986 008	1,19%	25 901 319	2,44%	8 937 126	0,74%
PS.01.01.14.03 Départements relevant du Ministère de l'Education ou équivalent		0,00%	12 927 859	1,22%	45 945 839	3,79%
PS.01.01.14.04 Départements relevant du Ministère du Développement social ou équivalent	975 280	0,13%	1 195 103	0,11%	8 361 692	0,69%
PS.01.01.14.05 Départements relevant du Ministère de la Défense ou équivalent		0,00%	626 884	0,06%	7 876 376	0,65%
PS.01.01.14.08 Départements relevant du Ministère de la Justice ou équivalent		0,00%		0,00%	1 360 854	0,11%
PS.01.01.99 Organismes gouvernementaux, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		0,00%	13 252 847	1,25%	47 676 829	3,94%
PS.01.02.99 Organismes parapublics, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		0,00%		0,00%	150 000	0,01%
PS.02 Prestataires du secteur privé	138 547 075	18,38%	228 976 279	21,57%	294 087 153	24,28%
PS.02.01.01.15 Organisations de la société civile	24 757 704	3,28%	70 957 671	6,68%	143 134 093	11,82%
PS.02.02.01 Hôpitaux		0,00%		0,00%		0,00%
PS.02.02.02 Soins ambulatoires	15 336 000	2,03%	16 869 600	1,59%	18 387 864	1,52%
PS.02.02.05 Laboratoires et centres d'imagerie	10 800 000	1,43%	11 880 000	1,12%	12 949 200	1,07%
PS.02.02.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux	75 053 571	9,95%	82 558 929	7,78%	89 989 232	7,43%
PS.02.02.14 Cabinets de consultants	12 599 800	1,67%	46 710 079	4,40%	9 000 000	0,74%
PS.02.02.15 "Sur le lieu de travail"		0,00%		0,00%	20 626 764	1,70%
PS.03 Entités bilatérales et multilatérales – dans les bureaux de pays	27 214 400	3,61%	26 157 543	2,46%	26 949 660	2,22%
PS.03.02 Organismes multilatéraux	27 214 400	3,61%	26 157 543	2,46%	11 900 000	0,98%
PS.04 Prestataires pour le reste du monde		0,00%		0,00%	15 049 660	1,24%
TOTAL	753 935 840	100,00%	1 061 763 128	100,00%	1 211 384 899	100,00%

L'analyse du tableau fait ressortir une progression des montants utilisés par les prestataires du secteur public entre 2010, 2011 et 2012. En effet, les dépenses sont passées respectivement de 588,2 millions MRO ; 806,6 millions MRO à 890,3 millions MRO. Cette évolution s'explique par l'intervention des principaux partenaires de la lutte contre le Sida en Mauritanie que sont le FM et la BM à partir de 2011.

En 2010 et 2011, les fonds des prestataires publics ont été pour autour de 50% gérés par le SENLS avec 37% et 39,34%. En 2012, le taux se situe à 21,56%. Ce prestataire du public sera suivi par les structures de soins ambulatoires (CTA) pour respectivement 19,88% ; 15,6% et 26,39%, soit une évolution en dent de scie due au fait qu'en 2012, le FM a acquis une grande quantité d'ARV au profit du CTA. Le troisième prestataire du public est la banque de sang dans le cadre de la sécurité transfusionnelle financée en grande partie par l'Etat pour 95% et 5% par les autres partenaires extérieurs. Ce prestataire a bénéficié de 19,85% ; 16% et 15,62% en légère baisse régulière en valeur relative, mais en progression positive en valeur absolue.

Les autres prestataires du public constitué par les secteurs ministériels, se partagent les taux restants avec une prédominance du secteur ministériel de la santé qui a bénéficié de 1,19% ; 2,44% et 0,74% entre les trois années.

Les activités réalisées par les prestataires du secteur publique ont couvert toutes les catégories de dépenses (prévention, soins et traitement, OEV, gestion de programme, ressources humaines, ..)

L'augmentation du montant des dépenses des prestataires du public s'est accompagnée d'une hausse de celui des prestataires du secteur privé. En effet, le montant est passé de 138,55 millions MRO (18,38%) ; 229 millions MRO (21,57%) à 294,1 millions MRO (24,28%) entre 2010 et 2012. On constate une augmentation en termes de valeurs absolues et de valeurs relatives. Cela se justifie par le passage d'une faction des ressources des partenaires extérieures à la société civile. Ces prestations ont concerné les soins et traitements et la prévention à travers l'achat de préservatifs et la prise en charge des IST.

Les entités extérieures (bilatérales et multilatérales) ont intervenu pour la fourniture par eux même des interventions de lutte contre le Sida à hauteur d'un montant de 27,2 millions MRO soit 3,61% en 2010, 26,16 millions MRO (2,46%) en 2011 et 26,95 millions MRO (2,22%) en 2012. La quasi-totalité (environs 95%) des ressources exécutées par les prestataires des agences bilatérales et multilatérales ont été utilisées pour l'administration et la gestion de programme. Cette même tendance s'est réalisée dans biens de pays ayant déjà mené l'étude REDES.

Pour avoir un aperçu plus exact du croisement de l'affectation des ressources des prestataires aux populations bénéficiaires, les tableaux ci-après le précisent. En effet, ce croisement permet de savoir pour chaque bénéficiaire, quel a été le prestataire qui a eu à mettre les biens ou les services à sa disposition. De ce fait on pourrait savoir si c'est l'Etat ou le privé qui s'occupe de tel ou tel autre segment de la population.

Tableau 14: Répartition des dépenses par prestatairesXBénéficiaires

PS Categories	BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables	BP.03 Autres groupes de population clés	BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles	BP.05 Ensemble de la population	BP.06 Initiatives non ciblées	TOTAL
PS.01 Prestataires du secteur public	149 884 184	-	154 549 061	5 048 972	-	278 692 148	588 174 365
PS.01.01.02 Soins ambulatoires	149 884 184	-	-	-	-	-	149 884 184
PS.01.01.06 Banques du sang	-	-	149 636 745	-	-	-	149 636 745
PS.01.01.14.01 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida	-	-	-	-	-	278 692 148	278 692 148
PS.01.01.14.02 Départements relevant du Ministère de la Santé ou équivalent (y compris les PNLS)	-	-	4 912 316	4 073 692	-	-	8 986 008
PS.01.01.14.04 Départements relevant du Ministère du Développement social ou équivalent	-	-	-	975 280	-	-	975 280
PS.02 Prestataires du	22 122 000	3 385 852	5 744 808	49 903 000	56 112 455	1 278 960	138 547 075

secteur privé							
PS.02.01.01.15 Organisations de la société civile	3 186 000	3 385 852	5 744 808	543 400	11 897 644		24 757 704
Soins ambulatoires	8 136 000						15 336 000
PS.02.02.05 Laboratoires et centres d'imagerie	10 800 000	-	-	-	-		10 800 000
PS.02.02.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux		-	-	33 750 000	41 303 571		75 053 571
PS.02.02.14 Cabinets de consultants		-	-	8 409 600	2 911 240	1 278 960	12 599 800
PS.03 Entités bilatérales et multilatérales – dans les bureaux de pays	-	-	-	-	-	27 214 400	27 214 400
PS.03.01 Organismes bilatéraux		-	-	-	-		
PS.03.02 Organismes multilatéraux		-	-	-	-	27 214 400	27 214 400
TOTAL	172 006 184	3 385 852	160 293 869	54 951 972	56 112 455	307 185 508	753 935 840

En 2010, les PVVIH ont été prises en charge par les prestataires du secteur public 87% contre 13% par le secteur privé. Cela signifie que la santé des malades est déterminée par les prestataires des services publics.

Les PS et les MSM sont pris en charge dans les activités par les Associations en intégralité (prestataire du privé).

Aussi, les autres populations clé (OEV, receveur de produits sanguins, les enfants nés ou à naître de mères séropositives,..) sont couvertes par les prestataires du secteur publics, tandis que les groupes de population accessibles (malades IST, ouvriers) et la population générale sont prise en compte par les prestataires du secteur privé pour 91% et 100%.

Enfin, les initiatives non ciblées sont prise en compte par les prestataires du secteur public pour 91% et les entités bilatérales et multilatérales à hauteur de 8%. Le reste étant affecté aux prestataires privé (1%).

Tableau 15 : Répartition des dépenses par PrestataireXBénéficiaire, 2011

PS Catégories	BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH,	BP.02 Groupes de population particulière- ment vulnérables	BP.03 Autres groupes de population clés	BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles	BP.05 Ensemble de la population	BP.06 Initiatives non ciblées	TOTAL
PS.01 Prestataires du secteur public	150 662 806	-	185 726 088	14 839 546	104 676 428	350 724 438	806 629 306
PS.01.01.02 Soins ambulatoires	150 170 652	-	-	89 700	-	15 278 900	165 539 252
PS.01.01.06 Banques du sang		-	169 528 588	-	-		169 528 588
PS.01.01.14.01 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida	492 154	-	15 697 500	-	81 161 506	320 306 294	417 657 454
PS.01.01.14.02 Départements relevant du Ministère de la Santé ou équivalent (y compris les PNLS)		-	500 000	-	10 262 075	15 139 244	25 901 319
PS.01.01.14.03 Départements relevant du Ministère de l'Education ou équivalent		-	-	12 927 859	-		12 927 859
PS.01.01.14.04 Départements relevant du Ministère du Développement social ou équivalent		-	-	1 195 103	-		1 195 103
PS.01.01.14.05 Départements relevant du Ministère de la Défense ou équivalent		-	-	626 884	-		626 884

PS.01.01.99 Organismes gouvernementaux, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	13 252 847		13 252 847
PS.02 Prestataires du secteur privé	36 484 101	5 335 344	2 865 760	98 499 876	76 425 552	9 365 646	228 976 279
PS.02.01.01.15 Organisations de la société civile	14 573 616	2 375 842	2 865 760	10 785 184	30 991 623	9 365 646	70 957 671
PS.02.02.02 Soins ambulatoires	8 949 600	-	-	7 920 000	-		16 869 600
PS.02.02.05 Laboratoires et centres d'imagerie	11 880 000	-	-	-	-		11 880 000
PS.02.02.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux		-	-	37 125 000	45 433 929		82 558 929
PS.02.02.14 Cabinets de consultants	1 080 885	2 959 502	-	42 669 692	-		46 710 079
PS.03.02 Organismes multilatéraux		-	-	-	-	26 157 543	26 157 543
TOTAL	187 146 907	5 335 344	188 591 848	113 339 422	181 101 980	386 247 627	1 061 763 128

Pour l'année 2011, les PVVIH ont été prises en charge par les prestataires du secteur public pour 81% contre 19% par le secteur privé. Soit en baisse pour le public par rapport à 2010 de 6%, expliquant une intervention plus poussée des prestataires privés dans les soins des malades.

Les 100% des dépenses des groupes de populations particulièrement vulnérables sont couverts par les prestataires du privé en 2011 comme en 2010, les autres populations clés (OEV, receveurs de produits sanguins, les enfants nés ou à naître de mères séropositives,...) ont été couvertes par les prestataires du secteur public à 98%, tandis que les groupes de populations accessibles (malades IST, ouvriers) sont pris en compte par les prestataires du secteur privé pour 87% en baisse de 4% par rapport à 2010. Pour la population générale les prestataires publics ont intervenu pour 58% et 42% pour les prestataires privés (achat de préservatifs surtout).

Les initiatives non ciblées sont prise en compte par les prestataires du secteur public pour 91% comme en 2010 (stable), les entités bilatérales et multilatérales à hauteur de 7% et les prestataires privés (2%).

Tableau 16 : Répartition des dépenses par prestataireXBeneficiaires, 2012

PS Categories	BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	BP.02 Groupes de population particulière- ment vulnérables	BP.03 Autres groupes de population clés	BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles	BP.05 Ensemble de la population	BP.06 Initiatives non ciblées	TOTAL
PS.01 Prestataires du secteur public	319 171 627	-	217 802 864	46 658 255	53 919 424	252 795 916	890 348 086
PS.01.01.02 Soins ambulatoires	289 633 119	-	-	900 000	-	29 134 500	319 667 619
PS.01.01.06 Banques du sang		-	189 199 815	-	-		189 199 815
PS.01.01.14.01 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida	29 538 508	-	20 857 680	-	23 514 840	187 260 908	261 171 936
PS.01.01.14.02 Départements relevant du Ministère de la Santé ou équivalent (y compris les PNLS)		-	-	2 061 300	-	6 875 826	8 937 126
PS.01.01.14.03 Départements relevant du Ministère de l'Education ou équivalent		-	-	27 045 839	-	18 900 000	45 945 839
PS.01.01.14.04 Départements		-	-	-	7 463 492	898 200	8 361 692

relevant du Ministère du Développement social ou équivalent							
PS.01.01.14.05 Départements relevant du Ministère de la Défense ou équivalent		-	-	7 651 116	225 260		7 876 376
PS.01.01.14.08 Départements relevant du Ministère de la Justice ou équivalent		-	1 360 854	-	-		1 360 854
PS.01.01.99 Organismes gouvernementaux, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		-	6 384 515	9 000 000	22 565 832	9 726 482	47 676 829
PS.01.02.99 Organismes parapublics, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	150 000		150 000
PS.02 Prestataires du secteur privé	29 784 764	12 663 200	16 022 040	72 520 814	137 916 267	25 180 068	294 087 153
PS.02.01.01.15 Organisations de la société civile	7 080 500	12 663 200	16 022 040	2 795 000	88 393 285	16 180 068	143 134 093
PS.02.02.01 Hôpitaux		-	-	-	-		
PS.02.02.02 Soins ambulatoires	9 755 064	-	-	8 632 800	-		18 387 864
PS.02.02.05 Laboratoires et centres d'imagerie	12 949 200	-	-	-	-		12 949 200
PS.02.02.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux		-	-	40 466 250	49 522 982		89 989 232
PS.02.02.14 Cabinets de consultants		-	-	-	-	9 000 000	9 000 000
PS.02.02.15 "Sur le lieu de travail"		-	-	20 626 764	-		20 626 764
PS.03 Entités bilatérales et multilatérales – dans les bureaux de pays	-	-	15 049 660	-	-	11 900 000	26 949 660
PS.03.02 Organismes multilatéraux		-	-	-	-	11 900 000	11 900 000
PS.04 Prestataires pour le reste du monde		-	15 049 660	-	-		15 049 660
TOTAL	348 956 391	12 663 200	248 874 564	119 179 069	191 835 691	289 875 984	1 211 384 899

Au titre de l'année 2012, les tendances sont maintenues avec quelques légères évolutions.

En effet, 91% des ressources aux PVVIH ont été utilisées par les prestataires du public (en hausse) contre 9% par le privé (en baisse de 10%). Cela s'explique par l'augmentation des achats d'ARV en 2012 pour le CTA.

Tout comme les deux premières années 100% des dépenses au profit des groupes de population particulièrement vulnérables sont assurées par les prestataires du privé (Associations).

Les groupes de population clés ont profité des services des prestataires publics pour 88%, privé (6%) et entités bilatérales et multilatérales pour 6% (correspondant à des prestations des ONG internationales sur le terrain).

Pour le groupe de population spécifiques, seuls 39% (baisse de 48% par rapport à 2011 et 52% par rapport à 2010 des services sont assurés par les prestataires du publics tandis que 61% sont assurés par le privé (en nette augmentation).

Les initiatives non ciblées ont eu pour prestataires le public (87%), le privé (9%) et les entités bilatérales et multilatérales (4%).

V-ETUDE COMPARATIVE

Cette section permet de faire l'analyse comparative dans un premier temps entre la planification de la lutte dans le Plan Stratégique National (PSN) 2011-2015 et les dépenses retracées dans la section précédente et dans un second temps entre les résultats de la Mauritanie et ceux d'autres pays africains comme le Burkina Faso et le Togo dont les résultats REDES 2012 ont été validés à ce jour. L'objectif est de mettre en exergue le taux de couverture des dépenses prévues pour une réponse efficace contre le VIH/Sida (PSN) et de faire ressortir les particularités de la Mauritanie en matière de ressources et dépenses dans la lutte contre l'épidémie conjuguées avec les activités qui sont menées.

5-1-Rapport entre les prévisions de dépenses (PSN) et les réalisations (REDES)

Le tableau ci-après établit le rapport entre les dépenses prévisionnelles du PSN 2011-2015 et de celles effectivement mobilisées et exécutées comme retracées par le REDES sur les deux dernières années concernées par l'étude : 2011 et 2012.

Ainsi, sur environ 1,1 milliards de MRO de ressources nécessaires à la lutte, il a été mobilisé et dépensé 950 millions MRO en 2011, ce qui représente un taux de couverture des besoins de 86,29%, relativement appréciable.

Pour l'année 2012, les besoins ont été évalués à 2,7 milliards de MRO pour des dépenses effectives d'environ 1,09 milliard MRO, soit un taux de couverture de 40,40% en baisse (malgré l'augmentation des dépenses) par rapport à 2011 du fait de l'augmentation des besoins de l'ordre de 245%.

Les dépenses prises en compte concernent les fonds publics et les fonds extérieurs. Les fonds privés (ménages essentiellement) n'étant pas budgétisé dans le PSN par manque de statistiques fiables.

Le tableau permet également de différencier les besoins en financement des déblocages faits par les différents pourvoyeurs de fonds à travers le PSN. Bien que les annonces prévisionnelles ne correspondent pas toujours aux engagements réels par année, elles indiquent dans une certaine mesure les dispositions à prendre en vue du financement de la lutte contre le VIH/Sida en Mauritanie.

Entre 2011 et 2012, les annonces de financement sont énormes et croissantes mais il est fort de constater que les partenaires surtout extérieurs tardent à effectuer les déblocages, justifiant la baisse de la réalisation à la dernière année.

Ces résultats pourraient être un moyen de plaidoyer pour faire comprendre leur part de responsabilité dans la bonne exécution du PSN 2011-2015. Il apparaît donc que face à l'ampleur de la pandémie, les bailleurs s'engagent davantage à fournir les moyens nécessaires pour une réponse plus efficace.

Tableau 17 : Répartition des besoins et des dépenses

Comparaison des dépenses effectives (sans dépenses privées) et PSN

Exercices 2011 et 2012

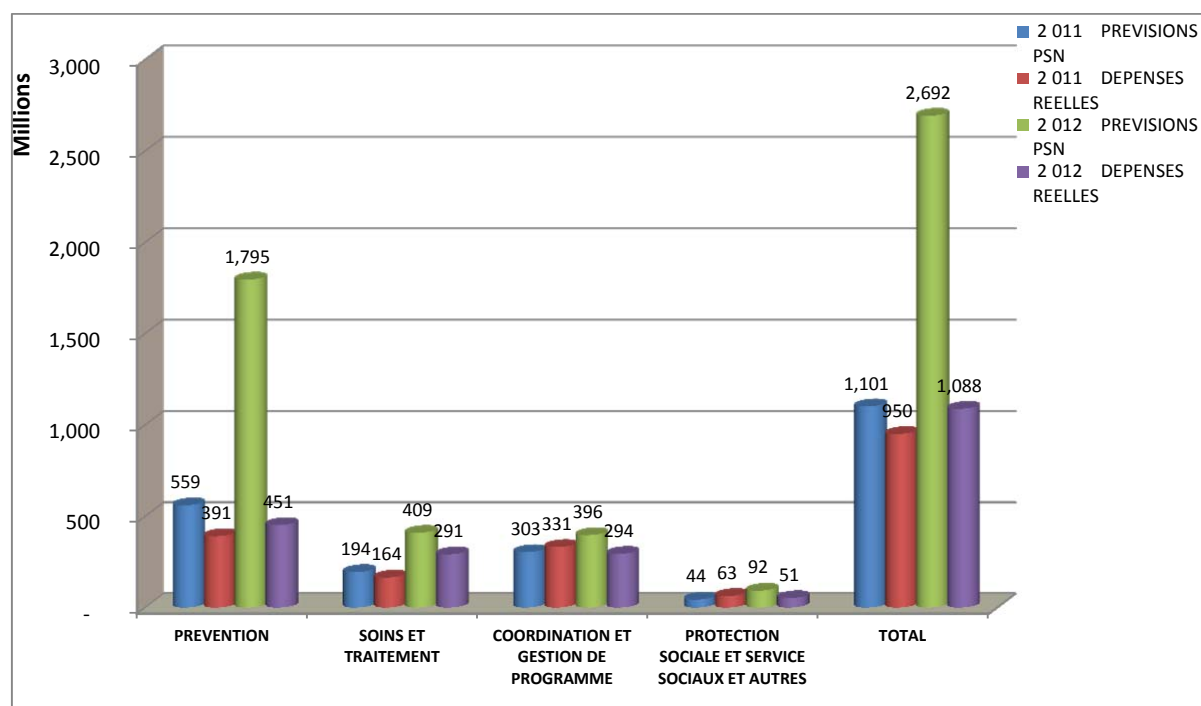
AXES	2 0 1 1	2 0 1 2
------	---------	---------

D'INTERVENTION	PREVISIONS PSN	DEPENSES REELLES	REALISATION	PREVISIONS PSN	DEPENSES REELLES	REALISATION
PREVENTION	559 310 200	390 712 016	69,86%	1 794 552 700	451 433 792	25,16%
SOINS ET TRAITEMENT	194 416 300	164 404 006	84,56%	408 693 600	291 173 119	71,24%
COORDINATION ET GESTION DE PROGRAMME	303 376 400	331 240 705	109,18%	396 407 200	293 677 712	74,08%
PROTECTION SOCIALE - SERVICES SOCIAUX ET AUTRES	43 530 900	63 393 872	145,63%	92 285 500	51 388 980	55,68%
TOTAL	1 100 633 800	949 750 599	86,29%	2 691 939 000	1 087 673 603	40,40%

La comparaison entre les dépenses prévisionnelles et celles réalisées (ratio Dépenses REDES-PSN Besoins) par domaines d'interventions est donnée par les graphiques ci-après. Ces domaines concernent la prévention, les soins et le traitement, la coordination et gestion de programme, la protection sociale et les autres interventions.

Pour le PSN, les autres interventions sont celles qui portent sur les ressources humaines, l'instauration d'un environnement favorable au développement et les OEV et les recherches liée au VIH.

La non coïncidence des nomenclatures PSN et REDES exige le regroupement sous la rubrique « Autres ».



Graphique 14 : Comparaison dépenses prévisionnelles (PSN) et dépenses

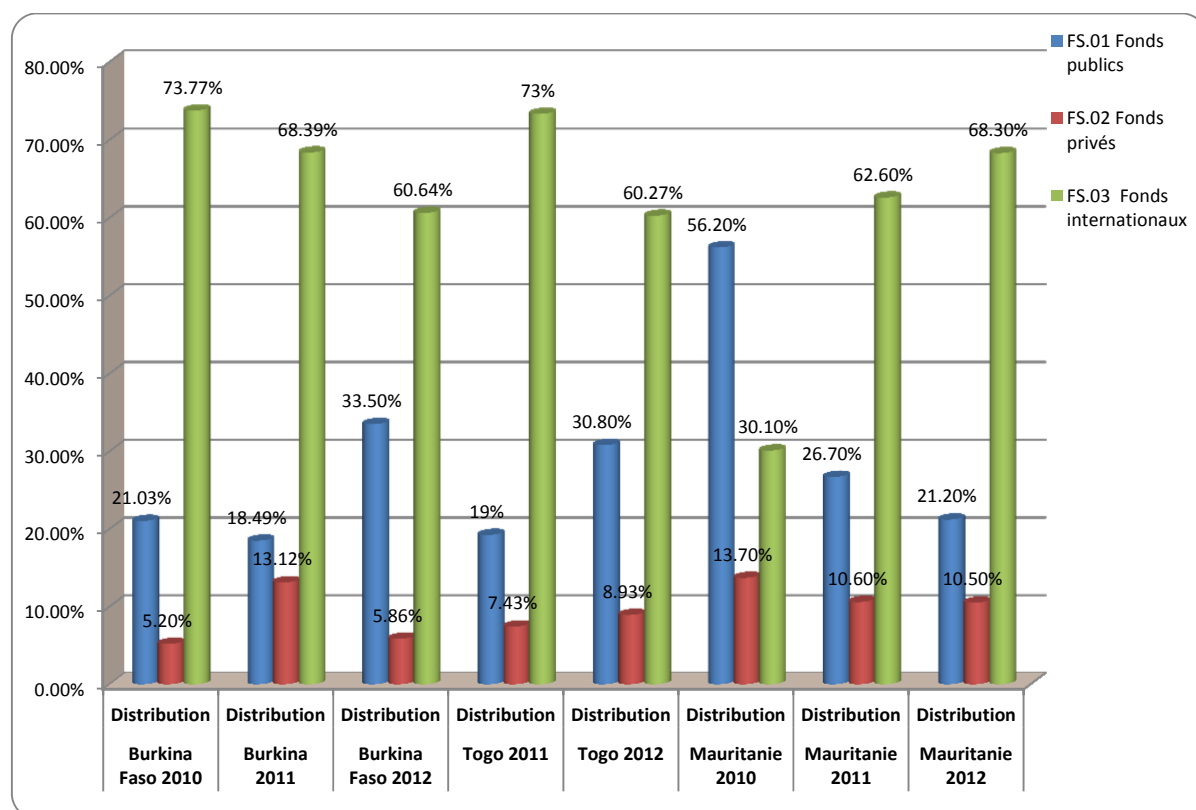
Les résultats obtenus permettent de conclure qu'au cours de l'année 2011, des efforts ont été faits pour une bonne exécution du plan opérationnel et cela se ressent de façon uniforme sur tous les axes d'intervention du PSN. En effet, outre la prévention qui a connu une exécution assez faible (391 sur 559 millions de

prévisions), les autres interventions ont été relativement bien exécutées. La coordination et gestion de programme a même été réalisée au delà des prévisions (331 sur 303 millions MRO) de même que la protection sociale et autres interventions.

Pour l'année 2012, aucun axe n'a pu être bien exécuté du à la faiblesse des déblocages des partenaires. Le pic a même été atteint au niveau de la prévention où sur 1,795 milliard MRO seuls 451 millions ont été réalisés, soit 25,12% de taux de réalisation (très faible). Plusieurs raisons peuvent expliquer cela, d'abord l'insuffisance des déblocages, mais aussi, un manque de coordination des actions sur le terrain car certaines dépenses réalisées sur le terrain par les partenaires échappent au SENLS, donc à l'étude REDES.

5-2-Comparaison avec les études d'autres pays

Les résultats des deux pays ouest africains, le Burkina-Faso et le Togo, qui conduisent l'estimation des ressources et dépenses dans le VIH/Sida par l'outil REDES sont utilisés pour servir de base de comparaison avec ceux obtenus dans le cadre de la Mauritanie. Ces pays ont été retenus parce que les résultats des études 2010-2012 ont été validés et officiellement exploitables. Ce qui n'est pas le cas pour certains pays comme la Côte d'Ivoire et le Niger dont les données sont disponibles mais non encore validées.



Graphique 15: Sources de financement par pays

Le graphique donne les sources de financement de la lutte contre le VIH/Sida entre 2010 et 2012. Nous pouvons noter une similitude entre la Mauritanie et les deux autres pays (Burkina Faso et Togo) dans la contribution des partenaires extérieurs

qui oscillent entre 60 et 73% entre 2010 et 2012. Le taux aberrant (30,10%) pour la Mauritanie en 2010 est lié à la suspension des financements de la BM et du FM.

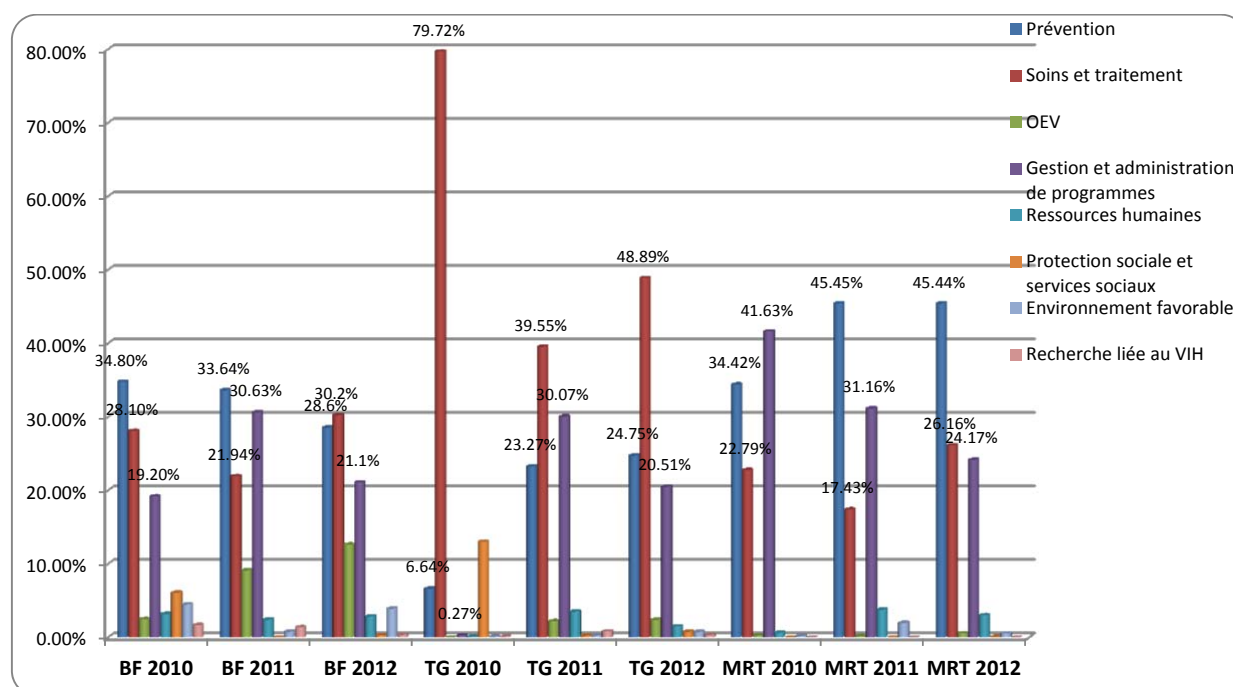
Le financement public tourne autour de 20 et 30% des ressources totales dans tous les pays. Seulement en 2010, avec l'apurement par l'Etat mauritanien des arriérés des salaires a encore joué sur le taux qui se situe à 56,20% (exceptionnel).

Il est à retenir que la configuration des financements de la lutte contre le VIH de la Mauritanie est la même que dans les autres de l'Afrique occidentale (les mêmes tendances étant observés par tout ailleurs depuis 2005) ayant réalisé un REDES.

De même dans tous les trois pays et cela durant les trois années, le financement du secteur privé tourne autour de 5 à 10% des dépenses totales.

On pourrait tirer la conclusion que dans nos pays d'Afrique noire, le financement de la réponse nationale et entre les mains des partenaires extérieurs posant un problème de pérennisation.

Outre la comparaison des dépenses par sources, celle par catégories de dépenses Sida ou domaines d'intervention est également illustrative.



Graphique 16: Les dépenses par domaines d'intervention par pays

En ce qui concerne la ventilation des dépenses par domaines d'intervention, les résultats obtenus dans les trois pays (Burkina Faso, Togo, Mauritanie) révèlent des tendances similaires.

En effet, au Burkina de même qu'au Togo, la prévention enregistrent entre 30 et 35% des ressources totales et la Mauritanie pour 34 à 45% durant les trois années. Ce qui veut dire que dans ces trois pays, la prévention est une priorité. L'année 2010 au Togo fait exception avec un taux de 7%.

De même, les soins et traitement constituent une priorité avec 22 à 28% des ressources au Burkina, 40 à 49% au Togo (sauf 2010 avec 80%) et 18 à 24% en Mauritanie.

Quant à la gestion du programme, elle a pris entre 20 à 30% des dépenses au Burkina, au Togo et 24 à 41% en Mauritanie.

Les autres catégories des dépenses Sida sont faiblement financées dans tous les trois pays. Ce qui montre le faible intérêt (inférieur ou égale à 5%) que les différents pays accordent à ces activités dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida. Il s'agit des activités OEV, de protection sociale et services sociaux, d'environnement favorable et de recherches liées au VIH/sida.

VI- QUELQUES POINTS SUR LA REALISATION DE L'ETUDE

6-1-Difficultés rencontrées

Quelques difficultés ont été rencontrées dans la réalisation de l'étude sur l'estimation des flux des ressources et dépenses de lutte contre le VIH/SIDA des années 2010, 2011 et 2012.

- Le traitement des données brutes provenant de certains acteurs (données non désagrégées) a rendu difficile l'affectation des objets de dépenses ;
- Insuffisance de moyen de communication pour l'enquête ;
- Lenteur dans la transmission des données ;
- Absence d'un répertoire complet des intervenants ;
- Difficultés de remplissage du canevas, dues à la non maîtrise de la classification REDES par les différents intervenants ;
- Insuffisance dans la collaboration et dans la participation de certains partenaires ;
- L'insuffisance d'information des partenaires du fait du non lancement officiel de l'activité,
- Non assiduité de certains membres de l'Equipe Nationale REDES ;
- La production du rapport où l'équipe nationale n'a pas intervenu ;
- La non maîtrise du processus par les membres de l'équipe nationale.

6-2-Limites de l'étude

- ✓ Non couverture de toutes les structures intervenant dans la réponse nationale ;
- ✓ Le taux de non réponses des structures visitées est de 33% ;
- ✓ Le logiciel ne prend en compte que les dépenses effectuées et non les budgets.

6-3- Points forts

Sur ce point, on pourrait noter quelques uns :

- ✓ L'engagement de l'autorité nationale de coordination de la lutte contre le SIDA ;
- ✓ La participation des SERLS au processus ;
- ✓ La disponibilité de la logistique essentielle ;
- ✓ La mise en place effective d'une Equipe Nationale et maîtrise de l'outil REDES ;
- ✓ L'appui technique et financier de l'ONUSIDA ;
- ✓ L'implication de l'Equipe pays/ONUSIDA à toutes les étapes du processus ;
- ✓ La participation de la majorité des acteurs nationaux (public, privé et société civile) et internationaux ;
- ✓ Le dynamisme et bonne collaboration au sein de l'Equipe REDES ;
- ✓ L'actualisation de la base de données des acteurs.

6-4- Perspectives

En termes de perspectives, on retiendra :

- ✓ L'élargissement et renforcement des capacités de l'Equipe Nationale REDES ;
- ✓ La décentralisation du REDES au niveau régional
- ✓ La formation des acteurs à la maîtrise de l'outil de collecte REDES ;
- ✓ L'intégration de l'outil REDES dans les activités de suivi évaluation ;

- ✓ L'élaboration d'un répertoire complet des intervenants y compris le suivi de leurs programmations et exécutions annuelles ;
- ✓ Le développement d'une stratégie pour l'estimation de toutes les dépenses de l'Etat dans la lutte contre le VIH et le SIDA ;
- ✓ La rédaction et dissémination du rapport REDES final sous la coordination du Secrétariat Exécutif National ;
- ✓ La planification en vue du REDES 2013.

RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats de cet exercice d'estimation des ressources et dépenses de lutte contre le VIH, le Sida et les IST et des difficultés inhérentes à l'exécution de l'étude, des recommandations ont été formulées en vue de l'aide à la décision dans la réponse nationale et de l'amélioration des résultats pour les prochaines années.

Les recommandations formulées à l'endroit des autorités locales portent sur la politique de santé et le processus d'élaboration de REDES.

❖ **Au niveau de la politique de la réponse nationale**

Les recommandations à l'endroit des autorités portant sur la politique nationale de santé sont entre autres:

- ✓ soutenir et renforcer le financement de la réponse nationale au VIH (budget Etat) afin d'alléger le poids des dépenses supportées par les ménages et assurer la pérennité de la lutte contre le VIH ;
- ✓ faire un plaidoyer auprès des PTF afin qu'ils investissent davantage dans le financement de la réponse nationale, surtout en faveur des groupes vulnérables ou à hauts risque ;
- ✓ revoir l'allocation des ressources selon les populations bénéficiaires et la prévalence du VIH en prenant en compte populations vulnérables ;
- ✓ renforcer les capacités des experts locaux (régional et central).

❖ **Au SENLS**

- ✓ Prendre les dispositions nécessaires pour vulgariser les résultats du REDES ;
- ✓ S'assurer que les résultats du REDES sont pris en compte lors de la planification des interventions ;
- ✓ Orienter les acteurs et partenaires au développement vers des axes d'intervention prioritaire insuffisamment pris en compte lors de ces trois années ;
- ✓ Mettre en place un mécanisme pour faciliter la traçabilité des fonds injectés dans la lutte contre le sida en Mauritanie en temps réel ;
- ✓ Faciliter les voyages d'échanges.

❖ **Aux partenaires au développement**

- ✓ Faciliter la réalisation de l'étude REDES par la mise à disposition d'informations utiles ;
- ✓ Soutenir la réalisation du REDES (soutien technique et financier) ;
- ✓ Respecter les trois principes de l'ONUSIDA à travers la circulation des informations avec le SENLS sur les activités directement réalisées sur le terrain.

❖ **Aux acteurs de la lutte**

- ✓ S'appropriier le processus REDES à travers la participation à la collecte des données et l'utilisation sur le terrain des résultats.

❖ **Au niveau du processus d'élaboration**

Les recommandations à l'endroit des autorités portant sur le processus d'élaboration du REDES sont :

- ✓ sensibiliser et développer le plaidoyer auprès des structures techniques détentrices des données pour rendre disponible les rapports (données REDES) ;
- ✓ sensibiliser les fournisseurs de données afin qu'à l'avenir, tous les rapports d'activités des acteurs de la riposte nationale puissent contenir les informations : dépenses par intervention, sources de financement par intervention, dépenses par bénéficiaires et dépenses par facteurs de production (cf. *fiche de collecte en annexe*) ;
- ✓ Poursuivre et améliorer le financement de l'étude REDES afin de motiver et fidéliser les membres de l'équipe.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le REDES, outil d'estimation des flux de ressources et dépenses du Sida est en expérimentation en Mauritanie. Cette étude d'envergure nationale a été exclusivement réalisée sur les activités de lutte contre le VIH des trois dernières années : 2010 ; 2011 et 2012. Elle a permis d'obtenir les résultats ci-après :

La plus importante source de financement pour ces trois années a été celle issue des ressources extérieures pour 30,13% en 2010 (faible) ; 62,64 % en 2011 et 68,26 % en 2012, en croissance. Le secteur public a été la seconde source de financement de la lutte contre le sida en Mauritanie avec respectivement une contribution 56,2% ; 26,75% et 21,25% en baisse en valeur relative.

Le secteur public qui met en application la politique nationale de lutte contre le VIH/Sida, a travers le PSN a été l'agent de financement ayant manipulé les ressources, soit 58,15% en 2010 ; 70,54% en 2011 et 80,11% en 2012 en augmentation.

Les résultats de la mise en œuvre de réponse nationale au VIH indiquent d'une année à l'autre une amélioration sensible des financements. Ainsi, on note que la prévalence du VIH est passée de 1,05% en 2010 à 0,7% en fin 2012.

Malgré les nombreuses difficultés rencontrées dans le processus collecte des données financières (disponibilité/accessibilité de certaines informations), la Mauritanie a réussi à réaliser avec succès l'estimation des flux de ressources et dépenses liées au Sida pour les années 2010-2012 et un rapport a été rédigé. Ce rapport fait ressortir le point sur le niveau global de financement de la réponse nationale d'une part et, donne une description détaillée de la destination et de l'utilisation des ressources.

La majeure partie des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ont été exécutée par les prestataires du secteur public.

Environ un tiers des dépenses ont été utilisées pour des activités de prévention. Les dépenses de soins et traitements ont également une part non négligeable et évoluent sensiblement d'une année à l'autre. Cette évolution pourrait s'expliquer par l'accroissement du nombre de patients sous antirétroviraux.

Les dépenses se sont essentiellement concentrées sur trois (03) groupes de population bénéficiaire. Il s'agit principalement des personnes vivant avec le VIH, de la population générale et des initiatives non ciblées. Cela démontre la priorisation des interventions en faveur de PVVIH dans un contexte de rareté des ressources et de crise financière structurelle.

La difficulté rencontrée dans la rédaction de ce rapport constitue également sa faiblesse majeure. Il s'agit essentiellement de la méthode d'estimation des dépenses réalisées par les prestataires privés (officines privées et autres) du fait de l'indisponibilité des données. Outre les dispositions à prendre pour rendre les informations disponibles selon les besoins du rapport, il conviendrait :

- de revoir l'allocation des ressources selon les populations bénéficiaires et la prévalence du VIH dans un souci d'équité ;

- Poursuivre et améliorer le financement de l'élaboration de REDES afin de permettre son institutionnalisation.

Les efforts devraient se renforcer à tous les niveaux pour augmenter l'impact du rapport REDES sur les orientations en termes d'allocation financière et de planification des interventions. C'est à ce prix que ce rapport justifiera de sa plus-value au plan national et permettra d'utiliser avec efficience les ressources disponibles dans un contexte marqué par la crise financière internationale.

Les résultats issus du REDES a établi clairement une lisibilité dans la gestion et l'utilisation des financements. Ces résultats doivent être vulgarisés à tous les niveaux pour susciter l'engagement et l'appropriation du processus par tous.

Le REDES augure de bonnes perspectives pour la Mauritanie en termes d'acquis pour une réponse nationale efficace et effective. Cet outil doit être reconduit chaque année.

Aux termes de cette étude, nous affirmons que le REDES est une opportunité pour la Mauritanie mais particulièrement pour le SENLS en ce sens qu'il fournit avec précision des détails importants concernant les financements de la réponse nationale. De ce fait, La Mauritanie dispose aujourd'hui d'un outil d'information pour le suivi évaluation des flux financiers et le plaidoyer. Cet outil permettra au SENLS de faire un suivi financier annuel régulier des flux de ressources et dépenses de lutte contre le Sida, et de mieux opérer sa planification.

BIBLIOGRAPHIE

1. Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les Infections sexuellement transmissibles (PSN) pour la période 2011-2015 ;
2. Cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les Infections sexuellement transmissibles (CSLS) pour la période 2003-2007 ;
3. Plan d'action opérationnel de lutte contre le VIH/Sida, 2010 à 2012 ;
4. Rapports d'activités des CMLS, exercice 2010, 2011 et 2012;
5. Rapports d'activités des ONG/associations, exercices 2010-2012 ;
6. Rapports d'activités des projets et programmes de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, exercices 2010-2012 ;
7. Rapports d'activités de partenaires techniques et financiers, exercices 2010-2012 ;
8. Bilan du Plan national multisectoriel ;
9. Résultat définitifs du recensement général de la population et de l'habitation de 2000 ;
10. Projection démographique de 2010 à 2012 par région ;
11. Rapport national de l'enquête de surveillance comportementale du VIH en Mauritanie,
12. Rapports du comité de surveillance épidémiologique ;
13. Les TRD de l'étude REDES Mauritanie, 2010-2011-2012 ;
14. RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA REPONSE AU SIDA EN MAURITANIE 2012, Mars 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des membres de l'équipe REDES

N	Nom et prénom	Structures/ Responsabilité	Contacts
1	Mohamed Lemine Ould Mreizig	SENLS, Office manager	22 13 45 26 ouldmreizig@gmail.com
2	Rigobert OUEDRAOGO	Consultant national	origobe@yahoo.fr
3	Sy Amadou	SENLS, Assistant Suivi-évaluation	44 10 30 20
4	Mohamed Ould Wenne	Ministère de l'Education Nationale	36 66 55 22
5	Hassane Ali	SENLS, Suivi évaluation	33 07 78 19
6	Cheikh M. Niane	SENLS	37 32 10 14
7	Sadve		
8	Dr Aw Boubacar	Ministère de la Santé	
9	Cheikhna	SENLS	

Annexe 2 : Liste des structures rencontrées

REPERTOIRE DES ACTEURS ET PARTENAIRES			
-			
N°	Institutions	Agent de financement	Interventions
Secteur public non santé			
1	Ministère de l'enseignement fondamental	AF, prestataire	Prevention jeunes à l'école
2	Ministère de l'enseignement secondaire	AF, prestataire	Prevention jeunes à l'école
3	Ministère de l'enseignement technique	AF, prestataire	Prevention jeunes à l'école
4	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherches scientifique	AF, prestataire	Prévention étudiants
5	Ministère de la défense	AF, prestataire	Prévention militaires
6	Le Premier ministre	AF, prestataire	Coordination
7	Ministère des affaires sociales , enfance et famille	AF, prestataire	OEV, refusiers, déplacés..
8	Ministère de la justice	AF, prestataire	Prisonniers
9	Ministère du développement rural	AF, prestataire	
10	Ministère de la jeunesse et sport	AF, prestataire	Jeunes non scolarisés et autres,..
11	Ministère des affaires islamiques	AF, prestataire	
12	Ministère des finances	AF, prestataire	
14	SE/CNLS	AF, prestataire	Population générale
15	SERLS Nouakchott-Inchiri	AF, prestataire	Population générale
16	SERLS Nouadibou	AF, prestataire	Population générale
17	SERLS Trarza-Brakna	AF, prestataire	Population générale
Secteur public santé			
1	Ministère de la santé (DAF)	AF, prestataire	Population générale
4	CTA	Prestataire	PVV, IST, labo, Population générale
5	INRSP	Prestataire	initiatives non ciblées
6	Centre de transfusion sanguine	Prestataire	transfusés
7	CAMEC	Prestataire	PVV, IST, Population générale
14	PNSR	Prestataire	PTME
Partenaires multilatéraux			
1	ONUSIDA	SF, AF, Prestataire	coordination
2	PNUD	SF, AF, Prestataire	coordination
3	UNFPA	SF, AF, Prestataire	coordination
4	OMS	SF, AF, Prestataire	coordination
5	UNICEF	SF, AF, Prestataire	coordination
6	BM	SF	
7	FM	SF	
8	Union Européenne	SF	
9	PAM	SF	alimentaire
Partenaires Bilatéraux			
2	Coopération espagnole		
3	Copppération française		
4	Ambassade des USA/USAID		
5	JICA (Coopération japonaise)		

6	Coopération chinoise		
ONG Internationales			
1	Croix rouge française	prestaire	ARV
2	Medicus del mundi	SF	
3	WorldVision	SF	
4	FLM	SF	
5	Santé sud	SF	
6	Initiative 5% (FEI)	SF	
7	Medecins sans frontière/Belgique	SF	
8	ACF	SF	soutien alimentaire
9	OXFAM	SF	soutien alimentaire
Secteur privé			
1	Coalition des entreprises	AF, Prestaire	sur le lieu du travail
4	TOTAL	SF, Prestataire	sur le lieu du travail
6	Cliniques privées	prestataire	PEC
7	Pharmacies privées	prestataire	prevention, PEC
Confessions Religieuses			
1	Association des imams et oulemas de Mauritanie (OBF)	prestataire	CCC
2	RIODEF	prestataire	CCC
3	Réseau des religieux ouest africains		
Réseaux d'ONG/Associations			
1	REMAP+	AF, Prestaire	Diverses act.
2	ACLS	prestataire	PVV, MSM,
3	Santé Sans Frontière	prestataire	CTV, pec
4	SOS pairs éducateurs	prestataire	formation, CCC, TS, MSM, CTV
5	AMAMI	prestataire	CTV, pec, OEV
6	NEDWA	prestataire	CCC
7	AMSME	prestataire	PTME, violence aux femme....
8	STOP SIDA	prestataire	PEC, CCC, CTV...mobilisation comm
9	ESPOIR et VIE	prestataire	PVV, OEV
17	AMPF	prestataire	PTME,
19	ETTARAHOUUM	prestataire	PTME, CCC
20	ONG/ACTIONS	prestataire	CCC, Prévention, mobilisation commun, nutrition

Annexe 3 : Agenda de la formation

HORAIRES	ACTIVITES	RESPONSABLES
JOUR 1 (02 octobre 2013)		
8H30 – 9H	Accueil des participants et installation	CNLS
9H – 9H30	Cérémonie d’ouverture	Mot de bienvenue du SE/CNLS et ONUSIDA
9H30 – 10H	<ul style="list-style-type: none"> – Présentation des participants – Informations administratives – Présentation des objectifs, résultats attendus, agenda et méthodes de travail 	CNLS Consultant
10H – 10H 15	Pause café	CNLS
10H15-11h30	Présentation du modèle conceptuel REDES	Consultant
11h30 - 12 h 30	Flux financiers REDES	Consultant
12h30-13h	Exemples de REDES Burkina, Benin, RCI,...	Consultant
13h -14h	Pause déjeuner	CNLS
14h -15h	Méthodes d’estimation des coûts	Consultant
15h-16h	Classifications REDES	Consultant
16h – 16 h 15	Pause café	CNLS
16 h 15 – 18h	Outils de collecte de données	Consultant
JOUR 2 (03 octobre 2013)		
08h – 08h 30	Lecture – amendement du rapport de J1	Rapporteurs
08h30 - 09h30	Tableaux EXCEL	Consultant
09h30 – 10h30	Logiciel NASA-RTS	Consultant
10h 30-10h 45	Pause café	CNLS
10h45 – 13h	Exercices pratiques	Consultant
13h- 14h	Pause déjeuner	CNLS
14h – 15h	Lancement officiel REDES Mauritanie	CNLS, ONUSIDA
15h-16h	Cartographie de la réponse nationale au VIH	Équipe REDES
16h-17h	Organisation pratique-prochaines étapes	CNLS
17h – 18h	Clôture de l’atelier –démarrage de la collecte des données	CNLS, Équipe REDES

Annexe 4 : Outil de collecte

Année d'estimation et de suivi des ressources:

Cocher la ou les case(s) appropriée(s)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Votre organisation transfère des fonds à d'autres organisations

Votre organisation transforme des fonds en biens ou services

Il faut remplir un formulaire pour chaque année

L'usage de cette information est strictement confidentiel et la responsabilité éthique et administrative est assurée par l'équipe REDES

Nom de l'institution:

Acronyme de l'Institution:

Le statut juridique de l'organisme

Marque un X les cases qui correspondent

Institution	Publique	Privé	Bilatéral	Multilatéral
National	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
International	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne ayant fourni les données

Nom:

Prénom:

Position:

Téléphone:

Email:

Ville:

AGENT DE FINANCEMENT

**Ce formulaire doit être utilisé pour
rapporter les fonds transférés à d'autres
institutions ou organismes**

La source de financement, l'institution
bénéficiaire et la population bénéficiaire
doivent être identifiées

	Source de financement - Provenance des fonds	Activités - Utiliser une ligne pour chaque activité (*)	Les nom de l'institution à qui l'argent a été transféré	Montant	Population Bénéficiaire (*)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
	TOTAL			0	

(*) Pour voir la description des activités et des
populations bénéficiaires, se référer au Document
"REDES: classification et définitions"

FACTEURS DE PRODUCTION

Les facteurs de production correspondent aux éléments nécessaires à la production des activités relatives
au SIDA

	1	2	3	4	5
Facteurs de production (*)					
Total	0	0	0	0	0

Annexe 5 : Estimation des dépenses de ménage

ESTIMATION VENTE PRESERVATIFS DANS LE SECTEUR PRIVE

N°	DESIGNATION	Nbre Prestataires	Vente moyen/jour/p resta	Qté 2010	Qté 2011	Qté 2012	COUT UNIT	COUT ESTIME TOTAL 2010	COUT ESTIME TOTAL 2011	COUT ESTIME TOTAL 2012
1	Preservatif manix,... (pharmacie)	30	6	40 500	44 550	48 560	500	20 250 000	22 275 000	24 279 750
	Preservatif UNFPA (pharmacie)	25	5	28 125	30 938	33 722	200	5 625 000	6 187 500	6 744 375
2	Ambulant (Preservatifs UNFPA en vrac)	50	69	771 429	848 571	924 943	20	15 428 571	16 971 429	18 498 857
	Total preservatif							41 303 571	45 433 929	49 522 982
			nombre total phcies	100	110	120				
			progression		10%	9%				

ESTIMATION IST PHCIES

N°	DESIGNATION	Nbre Prestataires	Vente moyen/jour/p resta	Qté 2010	Qté 2011	Qté 2012	COUT UNIT	COUT ESTIME TOTAL 2010	COUT ESTIME TOTAL 2011	COUT ESTIME TOTAL 2012
1	medicament IST pharmacie	50	6	67 500	74 250	80 933	500	33 750 000	37 125 000	40 466 250
			nbre par mois		-	-		-	-	-
				-	-	-		-	-	-
	TOTLA DEPENSES IST		40% pour maurilab et bio 24					33 750 000	37 125 000	40 466 250

ESTIMATION CLINIQUES

N°	DESIGNATION	Nbre Prestataires	nbre par mois	Qté 2010	Qté 2011	Qté 2012	COUT UNIT	COUT ESTIME TOTAL 2010	COUT ESTIME TOTAL 2011	COUT ESTIME TOTAL 2012
	IST									
1	consultation	2	20	240	264	288	3000	720 000	792 000	863 280
2	traitement IST	2	20	240	264	288	15000	3 600 000	3 960 000	4 316 400
3	analyse	2	20	240	264	288	12000	2 880 000	3 168 000	3 453 120
	IO									
4	Tritamant IO	2	26	312	343	374	23000	7 176 000	7 893 600	8 604 024
5	hospitalisation	2	1	48	53	58	20000	960 000	1 056 000	1 151 040
	TOTLA DEPENSES IST		LES 2 REPRESENT 50%					15 336 000	16 869 600	18 387 864

clinique ibn sina

IST

2 à 3 cas par mois	consultation	3 000
	traitement	15 000
	analyse	12 000

Tritamant IO

5 à 6 cas par mois

clinique chiva

IST

7 à 8 cas par mois	consultation	3 000
--------------------	--------------	-------

	traitement	25 000
	analyse	
Traitement IO		
7 à 8 cas par mois	consultation	3 000
10 dans l'année en moyenne	Examen hospitalisation	20 000
		20 000

Les deux cliniques prennent environs 50% des patients

EXAMENS DE LABO

N°	DESIGNATION	Nbre Prestataires	Vente moyen/jour/p resta	Qté 2010	Qté 2011	Qté 2012	COUT UNIT	COUT ESTIME TOTAL 2010	COUT ESTIME TOTAL 2011	COUT ESTIME TOTAL 2012
1	DEPISTAGE IST ET VIH	2	6	2 700	2 970	3 237	4000	10 800 000	11 880 000	12 949 200
				-				-	-	-
	TOTLA DEPENSES IST		40% pour maurilab et bio 24					10 800 000	11 880 000	12 949 200

Annexe 1: Classification des sources de financement selon la nomenclature REDES

FS.01 Fonds publics
FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux
FS.01.01.01 Recettes du gouvernement central
FS.01.01.02 Recettes du gouvernement aux niveaux de l'Etat/de la province
FS.01.01.03 Recettes du gouvernement local/municipal
FS.01.01.04 Prêts remboursables
FS.01.02 Fonds de la sécurité sociale du secteur public
FS.01.02.01 Contributions obligatoires des employeurs à la sécurité sociale
FS.01.02.02 Contributions obligatoires des employés à la sécurité sociale
FS.01.02.03 Transferts du gouvernement à la sécurité sociale
FS.01.99 autres fonds publics non classifiés ailleurs (n.c.a.)
FS.02 Fonds privés
FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif
FS.02.02 Fonds des ménages
FS.02.03 Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)
FS.02.99 Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)
FS.03 Fonds internationaux
FS.03.01 Contributions bilatérales directes
FS.03.01.01 Gouvernement australien
FS.03.01.02 Gouvernement autrichien
FS.03.01.03 Gouvernement belge
FS.03.01.04 Gouvernement canadien
FS.03.01.05 Gouvernement danois
FS.03.01.06 Gouvernement finlandais
FS.03.01.07 Gouvernement français
FS.03.01.08 Gouvernement allemand
FS.03.01.09 Gouvernement grec
FS.03.01.10 Gouvernement irlandais
FS.03.01.11 Gouvernement italien
FS.03.01.12 Gouvernement japonais
FS.03.01.13 Gouvernement luxembourgeois
FS.03.01.14 Gouvernement néerlandais
FS.03.01.15 Gouvernement néo-zélandais
FS.03.01.16 Gouvernement norvégien
FS.03.01.17 Gouvernement portugais
FS.03.01.18 Gouvernement espagnol
FS.03.01.19 Gouvernement suédois
FS.03.01.20 Gouvernement suisse
FS.03.01.21 Gouvernement britannique
FS.03.01.22 Gouvernement américain
FS.03.01.23 Gouvernement de la République populaire de Chine
FS.03.01.99 Autres organismes gouvernementaux/bilatéraux n.c.a.

FS.03.02 organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées
FS.03.02.01 Bureau du Conseil économique et social (ECOSOC)
FS.03.02.02 Commission européenne
FS.03.02.03 Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)
FS.03.02.04 Organisation internationale du Travail (OIT)
FS.03.02.05 Organisation internationale pour les migrations (OIM)
FS.03.02.06 Banques régionales de développement (Afrique, Asie, Amérique latine et Caraïbes, banque islamique de développement, etc.)
FS.03.02.07 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA
FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
FS.03.02.10 Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM)
FS.03.02.11 Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)
FS.03.02.12 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)
FS.03.02.13 Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)
FS.03.02.14 Programme des Nations Unies pour les établissements humains (UN-HABITAT)
FS.03.02.15 Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) et autres mécanismes de financement dans le domaine humanitaire
FS.03.02.16 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)
FS.03.02.17 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)
FS.03.02.18 Banque mondiale (BM)
FS.03.02.19 Programme alimentaire mondial (PAM)
FS.03.02.29 Organisation mondiale de la Santé (OMS)
FS.03.02.99 Fonds multilatéraux ou fonds de développement n.c.a.
FS.03.03 organisations et fondations internationales à but non lucratif
FS.03.03.01 Alliance internationale contre le VIH/sida
FS.03.03.02 ActionAID
FS.03.03.03 Fondation Aga Khan
FS.03.03.04 Association François-Xavier Bagnoud
FS.03.03.05 Fondation Bernard van Leer
FS.03.03.06 Fondation Bill et Melinda Gates
FS.03.03.07 Fondation Bristol-Myers Squibb
FS.03.03.08 Care International
FS.03.03.09 Caritas Internationalis/Catholic Relief Services
FS.03.03.10 Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
FS.03.03.11 Diana Princess of Wales Memorial Fund
FS.03.03.12 Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
FS.03.03.13 European Foundation Centre
FS.03.03.14 Family Health International
FS.03.03.15 Fondation Mérieux
FS.03.03.16 Health Alliance International
FS.03.03.17 Fondation Helen K. et Arthur E. Johnson
FS.03.03.18 Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Comité international de la Croix-Rouge et Sociétés nationales de la Croix-Rouge
FS.03.03.19 Fondation King Baudouin
FS.03.03.20 Médecins sans Frontières

FS.03.03.21 Merck & Co., Inc
FS.03.03.22 Plan International
FS.03.03.23 PSI (Population Services International)
FS.03.03.24 SIDACTION (principalement pays francophones)
FS.03.03.25 Fondation Clinton
FS.03.03.26 Fondation Ford
FS.03.03.27 Fondation Henry J. Kaiser Family
FS.03.03.28 The Nuffield Trust
FS.03.03.29 Institut Open Society / Fondation Soros
FS.03.03.30 Fondation Rockefeller
FS.03.03.31 Fondation pour les Nations Unies
FS.03.03.32 Wellcome Trust
FS.03.03.33 World Vision
FS.03.03.34 Fédération internationale pour la planification familiale
FS.03.03.35 Ordre de Malte
FS.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.
FS.03.04 Organisations internationales à but lucratif
FS.03.99 Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)

Annexe 2: Classification des agents de financement selon la nomenclature REDES

FA.01 Secteur public
FA.01.01 Gouvernements territoriaux
FA.01.01.01 autorités centrales ou fédérales
FA.01.01.01.01 Ministère de la Santé (ou entité du même secteur)
FA.01.01.01.02 Ministère de l'Education (ou entité du même secteur)
FA.01.01.01.03 Ministère du Développement social (ou entité du même secteur)
FA.01.01.01.04 Ministère de la Défense (ou entité du même secteur)
FA.01.01.01.05 Ministère des Finances (ou entité du même secteur)
FA.01.01.01.06 Ministère du Travail (ou entité du même secteur)
FA.01.01.01.07 Ministère de la Justice (ou entité du même secteur)
FA.01.01.01.08 Autres ministères (ou entités du même secteur)
FA.01.01.01.09 Bureau du Premier Ministre ou du Président
FA.01.01.01.10 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida
FA.01.01.01.99 Entités relevant des autorités centrales ou fédérales non classifiées ailleurs (n.c.a.)
FA.01.01.02 autorités aux niveaux de l'Etat/de la province/de la région
FA.01.01.02.01 Ministère de la Santé (ou entité du même secteur)
FA.01.01.02.02 Ministère de l'Education (ou entité du même secteur)
FA.01.01.02.03 Ministère du Développement social (ou entité du même secteur)
FA.01.01.02.04 Autres ministères (ou entités du même secteur local)
FA.01.01.02.05 Bureau exécutif (bureau du chef d'un Etat/d'une province/d'une région)
FA.01.01.02.06 Commission de lutte contre le sida aux niveaux de l'Etat/de la province/de la région
FA.01.01.02.99 Autres entités aux niveaux de l'Etat/de la province/de la région non classifiées ailleurs (n.c.a.)
FA.01.01.03 autorités locales/municipales
FA.01.01.03.01 Département de la Santé (ou entité du même secteur)
FA.01.01.03.02 Département de l'Education (ou entité du même secteur)
FA.01.01.03.03 Département du Développement social (ou entité du même secteur)
FA.01.01.03.04 Bureau exécutif (ou bureau du chef du gouvernement local/municipal)
FA.01.01.03.05 Commission nationale de lutte contre le sida aux niveaux local/municipal
FA.01.01.03.99 Autres entités locales/municipales non classifiées ailleurs (n.c.a.)
FA.01.02 Sécurité sociale du secteur public
FA.01.03 programmes d'assurance pour les agents de la fonction publique
FA.01.04 organismes parapublics et entités extrabudgétaires
FA.01.99 autres agents de financement du secteur public non classifiés ailleurs (n.c.a.)
FA.02 Secteur privé
FA.02.01 Sécurité sociale du secteur privé
FA.02.02 Programmes d'assurance pour les employés du secteur privé
FA.02.03 Compagnies d'assurance privées (autres que pour l'assurance sociale)
FA.02.04 Foyers privés (dépenses consenties par les particuliers)
FA.02.05 Institutions à but non lucratif (autres que pour l'assurance sociale)
FA.02.06 Organismes et entreprises non parapublics privés (autres que pour l'assurance santé)
FA.02.99 Autres agents de financement du secteur privé non classifiés ailleurs (n.c.a.)
FA.03 Organismes acquéreurs internationaux

FA.03.01 Bureaux de pays des organismes bilatéraux administrant les ressources externes et faisant office d'agents de financement
FA.03.01.01 Gouvernement australien
FA.03.01.02 Gouvernement autrichien
FA.03.01.03 Gouvernement belge
FA.03.01.04 Gouvernement canadien
FA.03.01.05 Gouvernement danois
FA.03.01.06 Gouvernement finlandais
FA.03.01.07 Gouvernement français
FA.03.01.08 Gouvernement allemand
FA.03.01.09 Gouvernement grec
FA.03.01.10 Gouvernement irlandais
FA.03.01.11 Gouvernement italien
FA.03.01.12 Gouvernement japonais
FA.03.01.13 Gouvernement luxembourgeois
FA.03.01.14 Gouvernement néerlandais
FA.03.01.15 Gouvernement néo-zélandais
FA.03.01.16 Gouvernement norvégien
FA.03.01.17 Gouvernement portugais
FA.03.01.18 Gouvernement espagnol
FA.03.01.19 Gouvernement suédois
FA.03.01.20 Gouvernement suisse
FA.03.01.21 Gouvernement britannique
FA.03.01.22 Gouvernement américain
FA.03.01.23 Gouvernement de la République populaire de Chine
FA.03.01.99 Autres gouvernements/organismes bilatéraux n.c.a.
FA.03.02 organismes multilatéraux administrant des ressources externes
FA.03.02.01 Bureau du Conseil économique et social (ECOSOC)
FA.03.02.02 Commission européenne
FA.03.02.03 Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)
FA.03.02.04 Organisation internationale du Travail (OIT)
FA.03.02.05 Organisation internationale pour les migrations (OIM)
FA.03.02.06 Banques régionales pour le développement (Afrique, Asie, Amérique latine et Caraïbes, banque islamique pour le développement, etc.)
FA.03.02.07 Secrétariat de l'ONUSIDA
FA.03.02.08 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
FA.03.02.09 Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM)
FA.03.02.10 Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)
FA.03.02.11 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)
FA.03.02.12 Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)
FA.03.02.13 Programme des Nations Unies pour les établissements humains (UN-HABITAT)
FA.03.02.14 Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) et autres mécanismes de financement dans le domaine humanitaire
FA.03.02.15 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)
FA.03.02.16 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)
FA.03.02.17 Banque mondiale (BM)

FA.03.02.18 Programme alimentaire mondial (PAM)
FA.03.02.19 Organisation mondiale de la Santé (OMS)
FA.03.02.99 Autres entités multilatérales non classifiées ailleurs (n.c.a.)
FA.03.03 organisations et fondations internationales à but non lucratif
FA.03.03.01 Alliance internationale contre le VIH/sida
FA.03.03.02 ActionAID
FA.03.03.03 Fondation Aga Khan
FA.03.03.04 Association François-Xavier Bagnoud
FA.03.03.05 Fondation Bernard van Leer
FA.03.03.06 Fondation Bill et Melinda Gates
FA.03.03.07 Fondation Bristol-Myers Squibb
FA.03.03.08 Care International
FA.03.03.09 Caritas Internationalis/Catholic Relief Services
FA.03.03.10 Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
FA.03.03.11 Diana Princess of Wales Memorial Fund
FA.03.03.12 Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
FA.03.03.13 European Foundation Centre
FA.03.03.14 Family Health International
FA.03.03.15 Fondation Mérieux
FA.03.03.16 Health Alliance International
FA.03.03.17 Fondation Helen K. et Arthur E. Johnson
FA.03.03.18 Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Comité international de la Croix-Rouge et Sociétés nationales de la Croix-Rouge
FA.03.03.19 Fondation King Baudouin
FA.03.03.20 Médecins sans Frontières
FA.03.03.21 Merck & Co., Inc
FA.03.03.22 Plan International
FA.03.03.23 PSI (Population Services International)
FA.03.03.24 SIDACTION (principalement pays francophones)
FA.03.03.25 Fondation Clinton
FA.03.03.26 Fondation Ford
FA.03.03.27 Fondation Henry J. Kaiser Family
FA.03.03.28 The Nuffield Trust
FA.03.03.29 Institut Open Society / Fondation Soros
FA.03.03.30 Fondation Rockefeller
FA.03.03.31 Fondation pour les Nations Unies
FA.03.03.32 Wellcome Trust
FA.03.03.33 World Vision
FA.03.03.34 Fédération internationale pour la planification familiale
FA.03.03.35 Ordre de Malte
FA.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.
FA 03.04 Organisations internationales à but lucratif
FA 03.99 Autres agents internationaux de financement non classifiés ailleurs (n.c.a.)

Annexe 8: Classification des prestataires de services selon la nomenclature REDES

PS.01 Prestataires du secteur public
PS.01.01 organismes gouvernementaux
PS.01.01.01 Hôpitaux
PS.01.01.02 Soins ambulatoires
PS.01.01.03 Centres dentaires
PS.01.01.04 Centres spécialisés dans la santé mentale et l'abus de substances
PS.01.01.05 Laboratoires et centres d'imagerie
PS.01.01.06 Banques du sang
PS.01.01.07 Services ambulanciers
PS.01.01.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux
PS.01.01.09 Prestataires de soins traditionnels ou non allopathiques
PS.01.01.10 Etablissements scolaires et de formation
PS.01.01.10.01 Education primaire
PS.01.01.10.02 Education secondaire
PS.01.01.10.03 Education supérieure
PS.01.01.10.99 Etablissements scolaires et de formation non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.01.01.11 Foyers/centres d'accueil
PS.01.01.12 Orphelinats
PS.01.01.13 Institutions de recherche
PS.01.01.14 Entités gouvernementales
PS.01.01.14.01 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida
PS.01.01.14.02 Départements relevant du Ministère de la Santé ou équivalent (y compris les PNLS)
PS.01.01.14.03 Départements relevant du Ministère de l'Education ou équivalent
PS.01.01.14.04 Départements relevant du Ministère du Développement social ou équivalent
PS.01.01.14.05 Départements relevant du Ministère de la Défense ou équivalent
PS.01.01.14.06 Départements relevant du Ministère des Finances ou équivalent
PS.01.01.14.07 Départements relevant du Ministère du Travail ou équivalent
PS.01.01.14.08 Départements relevant du Ministère de la Justice ou équivalent
PS.01.01.14.99 Entités non gouvernementales, non classifiées ailleurs (n.c.a.)
PS.01.01.99 Organismes gouvernementaux, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.01.02 organismes parapublics
PS.01.02.01 Hôpitaux
PS.01.02.02 Soins ambulatoires
PS.01.02.03 Centres dentaires
PS.01.02.04 Centres spécialisés dans la santé mentale et dans l'abus de substances
PS.01.02.05 Laboratoires et centres d'imagerie
PS.01.02.06 Banques du sang
PS.01.02.07 Services ambulanciers
PS.01.02.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux
PS.01.02.09 Prestataires de soins traditionnels ou non allopathiques
PS.01.02.10 Etablissements scolaires et de formation
PS.01.02.10.01 Education primaire

PS.01.02.10.02 Education secondaire
PS.01.02.10.03 Education supérieure
PS.01.02.10.99 Etablissements scolaires et de formation, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.01.02.11 Foyers/centres d'accueil
PS.01.02.12 Orphelinats
PS.01.02.13 Institutions de recherche
PS.01.02.99 Organismes parapublics, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.01.99 prestataires du secteur public, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.02 Prestataires du secteur privé
PS.02.01 prestataires du secteur privé à but non lucratif
PS.02.01.01 prestataires à but non lucratif et de nature non confessionnelle
PS.02.01.01.01 Hôpitaux
PS.02.01.01.02 Soins ambulatoires
PS.02.01.01.03 Centres dentaires
PS.02.01.01.04 Centres spécialisés dans la santé mentale et l'abus de substances
PS.02.01.01.05 Laboratoires et centres d'imagerie
PS.02.01.01.06 Banques du sang
PS.02.01.01.07 Services ambulanciers
PS.02.01.01.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux
PS.02.01.01.09 Prestataires de soins traditionnels ou non allopathiques
PS.02.01.01.10 Etablissements scolaires et de formation
PS.02.01.01.10.01 Education primaire
PS.02.01.01.10.02 Education secondaire
PS.02.01.01.10.03 Education supérieure
PS.02.01.01.10.99 Etablissements scolaires et de formation, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.02.01.01.11 Foyers/centres d'accueil
PS.02.01.01.12 Orphelinats
PS.02.01.01.13 Institutions de recherche
PS.02.01.01.14 Structures d'entraide et communautaires informelles
PS.02.01.01.15 Organisations de la société civile
PS.02.01.01.99 Autres prestataires à but non lucratif et de nature non confessionnelle, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.02.01.02 prestataires à but non lucratif et de nature confessionnelle
PS.02.01.02.01 Hôpitaux
PS.02.01.02.02 Soins ambulatoires
PS.02.01.02.03 Centres dentaires
PS.02.01.02.04 Centres spécialisés dans la santé mentale et l'abus de substances
PS.02.01.02.05 Laboratoires et centres d'imagerie
PS.02.01.02.06 Banques du sang
PS.02.01.02.07 Services ambulanciers
PS.02.01.02.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux
PS.02.01.02.09 Prestataires de soins traditionnels ou non allopathiques
PS.02.01.02.10 Etablissements scolaires et de formation
PS.02.01.02.10.01 Education primaire
PS.02.01.02.10.02 Education secondaire
PS.02.01.02.10.03 Education supérieure

PS.02.01.02.10.99 Etablissements scolaires et de formation, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.02.01.02.11 Foyers/centres d'accueil
PS.02.01.02.12 Orphelinats
PS.02.01.02.13 Structures d'entraide et communautaires informelles
PS.02.01.02.14 Organisations de la société civile
PS.02.01.02.99 Autres prestataires à but non lucratif intervenant au sein de structures de nature confessionnelle, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.02.01.99 autres prestataires du secteur privé à but non lucratif (n.c.a.)
PS.02.02 prestataires du secteur privé à but lucratif (y compris les organisations confessionnelles à but lucratif)
PS.02.02.01 Hôpitaux
PS.02.02.02 Soins ambulatoires
PS.02.02.03 Centres dentaires
PS.02.02.04 Centres spécialisés dans la santé mentale et l'abus de substances
PS.02.02.05 Laboratoires et centres d'imagerie
PS.02.02.06 Banques du sang
PS.02.02.07 Services ambulanciers
PS.02.02.08 Pharmacies et prestataires de produits médicaux
PS.02.02.09 Prestataires de soins traditionnels ou non allopathiques
PS.02.02.10 Etablissements scolaires et de formation
PS.02.02.10.01 Education primaire
PS.02.02.10.02 Education secondaire
PS.02.02.10.03 Education supérieure
PS.02.02.10.99 Etablissements scolaires et de formation, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.02.02.11 Foyers/centres d'accueil
PS.02.02.12 Orphelinats
PS.02.02.13 Institutions de recherche
PS.02.02.14 Cabinets de consultants
PS.02.02.15 « Sur le lieu de travail »
PS.02.02.99 Autres prestataires du secteur privé à but lucratif, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PS.02.99 Prestataires du secteur privé (n.c.a.)
PS.03 Entités bilatérales et multilatérales – dans les bureaux de pays
PS.03.01 organismes bilatéraux
PS.03.02 organismes multilatéraux
PS.04 Prestataires pour le reste du monde
PS.99 Prestataires non classifiés ailleurs (n.c.a.)

Annexe 9: Classification des interventions selon la nomenclature REDES

ASC.01 Prévention
ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental
ASC.01.01.01 Communication sanitaire pour le changement social et comportemental
ASC.01.01.02 Communication non sanitaire pour le changement social et comportemental
ASC.01.01.98 Communication pour le changement social et comportemental, données non ventilées par type d'activité
ASC.01.02 Mobilisation communautaire
ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)
ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles

ASC.01.04.01 CTV dans le cadre des programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles
ASC.01.04.02 Marketing social du préservatif et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles
ASC.01.04.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles
ASC.01.04.04 Communication pour le changement de comportement dans le cadre des programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles
ASC.01.04.98 Initiatives engagées dans le cadre de programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles, non ventilées par type d'activité
ASC.01.04.99 Autres initiatives engagées dans le cadre de programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles, non classifiées ailleurs (n.c.a.)..
ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés
ASC.01.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés
ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PVV)
ASC.01.07.01 Communication pour le changement de comportement dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH parmi les PVV
ASC.01.07.02 Marketing social du préservatif et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH parmi les PVV
ASC.01.07.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH parmi les PVV
ASC.01.07.98 Prévention de la transmission du VIH parmi les PVV, données non ventilées par type d'activité
ASC.01.07.99 Autres mesures de prévention de la transmission du VIH parmi les PVV, n.c.a.
ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients
ASC.01.08.01 CTV dans le cadre des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients
ASC.01.08.02 Marketing social du préservatif et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients
ASC.01.08.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients
ASC.01.08.04 Communication pour le changement de comportement dans le cadre des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients
ASC.01.08.98 Initiatives menées dans le cadre des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients, non ventilées par type d'activité
ASC.01.08.99 Autres initiatives engagée dans le cadre des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients, non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.01.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
ASC.01.09.01 CTV fourni dans le cadre des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
ASC.01.09.02 Marketing social du préservatif et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes destinés aux HSH
ASC.01.09.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes destinés aux HSH
ASC.01.09.04 Communication pour le changement de comportement dans le cadre des programmes destinés aux HSH
ASC.01.09.98 Initiatives menées dans le cadre des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), non ventilées par type d'activité
ASC.01.09.99 Autres initiatives engagées dans le cadre des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.01.10 Programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)
ASC.01.10.01 CTV fourni dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)
ASC.01.10.02 Marketing social du préservatif et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)
ASC.01.10.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)
ASC.01.10.04 Communication pour le changement de comportement dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)

ASC.01.10.05 Echange de seringues et d'aiguilles stériles dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)
ASC.01.10.06 Traitement de substitution de drogues dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)
ASC.01.10.98 Initiatives menées dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI), non ventilées par type d'activité
ASC.01.10.99 Autres initiatives engagées dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI), non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail
ASC.01.11.01 CTV dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail
ASC.01.11.02 Marketing social du préservatif et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail
ASC.01.11.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail
ASC.01.11.04 Communication pour le changement de comportement dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail
ASC.01.11.98 initiatives menées dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail, non ventilées par type d'activité
ASC.01.11.99 autres initiatives menées dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail, non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.01.12 marketing social du préservatif
ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial
ASC.01.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial
ASC.01.15 Microbicides
ASC.01.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)
ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME
ASC.01.17.02 Prophylaxie antirétrovirale destinée aux femmes enceintes et aux nouveau-nés séropositifs au VIH
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantiles sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)
ASC.01.17.04 Méthodes d'accouchement dans le cadre des programmes de PTME
ASC.01.17.05 Marketing social du préservatif et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes de PTME
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.01.18 Circoncision masculine
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle
ASC.01.20 Injections médicamenteuses sûres
ASC.01.21 Précautions universelles
ASC.01.22 Prophylaxie post-exposition (PEP)
ASC.01.22.01 PEP dans les établissements de santé
ASC.01.22.02 PEP après exposition à un risque élevé (violence ou viol)
ASC.01.22.03 PEP après des rapports sexuels non protégés
ASC.01.22.98 Prophylaxie post-exposition, données non ventilées par type d'activité
ASC.01.22.99 Prophylaxie post-exposition, n.c.a.
ASC.01.98 Activités de prévention, non ventilées par type d'activité
ASC.01.99 Activités de prévention, non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.02 Soins et traitement
ASC.02.01 Soins ambulatoires
ASC.02.01.01 Conseil et test volontaires à l'initiative du prestataire
ASC.02.01.02 Prophylaxie et traitement ambulatoires des infections opportunistes
ASC.02.01.02.01 Prophylaxie ambulatoire des infections opportunistes
ASC.02.01.02.02 Traitement ambulatoire des infections opportunistes
ASC.02.01.02.98 Prophylaxie et traitement ambulatoires des infections opportunistes, données non ventilées par type d'activité
ASC.02.01.03 Thérapie antirétrovirale

ASC.02.01.03.01 Thérapie antirétrovirale destinées aux adultes
ASC.02.01.03.01.01 Thérapie antirétrovirale de première intention – adultes
ASC.02.01.03.01.02 Thérapie antirétrovirale de deuxième intention – adultes
ASC.02.01.03.01.03 Polychimiothérapie antirétrovirale destinée aux adultes, après échec du traitement de deuxième intention
ASC.02.01.03.01.98 Polychimiothérapie antirétrovirale destinée aux adultes, données non ventilées par intention
ASC.02.01.03.02 Traitement antirétroviral pédiatrique
ASC.02.01.03.02.01 Traitement antirétroviral de première intention – enfants
ASC.02.01.03.02.02 Traitement antirétroviral de deuxième intention – enfants
ASC.02.01.03.02.03 Polychimiothérapie antirétrovirale pédiatrique, après échec du traitement de deuxième intention
ASC.02.01.03.02.98 Polychimiothérapie antirétrovirale pédiatrique, données non ventilées par intention
ASC.02.01.03.98 Thérapie antirétrovirale, données non ventilées soit par âge soit par intention
ASC.02.01.04 Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale
ASC.02.01.05 Suivi en laboratoire spécifique au VIH
ASC.02.01.06 Programmes dentaires pour les personnes vivant avec le VIH
ASC.02.01.07 Traitement et services d'accompagnement psychologique
ASC.02.01.08 Soins palliatifs ambulatoires
ASC.02.01.09 Soins à domicile
ASC.02.01.09.01 Soins médicaux à domicile
ASC.02.01.09.02 Soins non médicaux/non sanitaires à domicile
ASC.02.01.09.98 Soins médicaux à domicile, non ventilés par type d'activité
ASC.02.01.10 Médecine traditionnelle et services de soins et de traitement informels
ASC.02.01.98 Services de soins ambulatoires, non ventilés par type d'activité
ASC.02.01.99 Services de soins ambulatoires, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
ASC.02.02 Soins hospitaliers
ASC.02.02.01 Traitement hospitalier des infections opportunistes
ASC.02.02.02 Soins palliatifs hospitaliers
ASC.02.02.98 Services de soins hospitaliers, non ventilés par type d'activité
ASC.02.02.99 Services de soins hospitaliers, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
ASC.02.03 Transport des patients et secours d'urgence
ASC.02.98 Services de soins et traitement, non ventilés par type d'activité
ASC.02.99 Services de soins et de traitement, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)
ASC.03.01 Education des OEV
ASC.03.02 Soins de santé de base destinés aux OEV
ASC.03.03 Appui à la famille/à domicile aux OEV
ASC.03.04 Appui communautaire aux OEV
ASC.03.05 Services sociaux et coûts administratifs liés aux OEV
ASC.03.06 Soins institutionnels destinés aux OEV
ASC.03.98 Services destinés aux OEV, non ventilés par type d'activité
ASC.03.99 Services destinés aux OEV, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
ASC.04 Gestion et administration de programmes
ASC.04.01 Planification, coordination et gestion de programmes
ASC.04.02 Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds
ASC.04.03 Suivi et évaluation
ASC.04.04 Recherche opérationnelle
ASC.04.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)
ASC.04.06 Surveillance de la pharmacorésistance du VIH
ASC.04.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments
ASC.04.08 Technologies de l'information
ASC.04.09 Supervision assurée par le personnel et suivi des patients
ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures

ASC.04.10.01 Amélioration des infrastructures et nouveaux équipements de laboratoires
ASC.04.10.02 Construction de nouveaux établissements de santé
ASC.04.10.98 Amélioration et construction d'infrastructures, données non ventilées par type d'activité
ASC.04.10.99 Amélioration et construction d'infrastructures, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.04.11 Test VIH obligatoire (ne relevant pas du CTV)
ASC.04.98 Gestion et administration de programmes, données non ventilées par type d'activité
ASC.04.99 Gestion et administration de programmes, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.05 Ressources humaines
ASC.05.01 Incitations financières liées aux ressources humaines
ASC.05.01.01 Incitations financières à l'égard des médecins
ASC.05.01.01.01 Incitations financières à l'égard des médecins – pour la prévention
ASC.05.01.01.02 Incitations financières à l'égard des médecins – pour les soins et le traitement
ASC.05.01.01.03 Incitations financières à l'égard des médecins – pour la gestion et l'administration de programmes
ASC.05.01.98 Incitations financières à l'égard des médecins – données non ventilées par type d'activité
ASC.05.01.99 Incitations financières à l'égard des médecins – données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.05.01.02 Incitations financières à l'égard du personnel infirmier
ASC.05.01.02.01 Incitations financières à l'égard du personnel infirmier – pour la prévention
ASC.05.01.02.02 Incitations financières à l'égard du personnel infirmier – pour les soins et le traitement
ASC.05.01.02.03 Incitations financières à l'égard du personnel infirmier – pour la gestion et l'administration de programmes
ASC.05.01.02.98 Incitations financières à l'égard du personnel infirmier – données non ventilées par type d'activité
ASC.05.01.02.99 Incitations financières à l'égard du personnel infirmier, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.05.01.03 Incitations financières à l'égard d'autres personnels
ASC.05.01.03.01 Incitations financières à l'égard d'autres personnels – pour la prévention
ASC.05.01.03.02 Incitations financières à l'égard d'autres personnels – pour les soins et le traitement
ASC.05.01.03.03 Incitations financières à l'égard d'autres personnels – pour la gestion et l'administration de programmes
ASC.05.01.03.98 Incitations financières à l'égard d'autres personnels – données non ventilées par type d'activité
ASC.05.01.03.99 Incitations financières à l'égard d'autres personnels – données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.05.01.98 Incitations financières liées aux ressources humaines, données non ventilées par catégorie de personnel
ASC.05.02 Activités de formation destinées à accroître les personnels intervenant dans le cadre de la lutte contre le sida
ASC.05.03 Formation
ASC.05.98 Ressources humaines, données non ventilées par type d'activité
ASC.05.99 Ressources humaines, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.06 Protection sociale et services sociaux
ASC.06.01 Protection sociale sous forme d'avantages financiers
ASC.06.02 Protection sociale sous forme d'avantages en nature
ASC.06.03 Protection sociale sous forme de services sociaux
ASC.06.04 Création de revenus dans le cadre spécifique de la lutte contre le VIH
ASC.06.98 Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés par type d'activité
ASC.06.99 Services de protection sociale et services sociaux, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
ASC.07 Environnement favorable
ASC.07.01 Sensibilisation
ASC.07.02 Programmes de protection des droits de l'homme
ASC.07.02.01 programmes de protection des droits de l'homme favorisant l'affirmation des droits de chacun
ASC.07.02.02 Mise à disposition de services juridiques et sociaux destinés à promouvoir l'accès à la prévention, aux soins et au traitement
ASC.07.02.03 Renforcement des capacités dans le domaine des droits de l'homme
ASC.07.02.98 Programmes de protection des droits de l'homme, non ventilés par type d'activité
ASC.07.02.99 Programmes de protection des droits de l'homme, non classifiés ailleurs (n.c.a.)
ASC.07.03 Renforcement institutionnel spécifique à la riposte au sida

ASC.07.04 Programmes spécifiques de lutte contre le sida se concentrant sur les femmes
ASC.07.05 Programmes de réduction des violences sexistes
ASC.07.98 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non ventilées par type d'activité
ASC.07.99 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)
ASC.08.01 Recherche biomédicale
ASC.08.02 Recherche clinique
ASC.08.03 Recherche épidémiologique
ASC.08.04 Recherche en sciences sociales
ASC.08.04.01 Recherche comportementale
ASC.08.04.02 Recherche économique
ASC.08.04.98 Recherche en sciences sociales, données non ventilées par type d'activité
ASC.08.04.99 Recherche en sciences sociales, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.08.05 Recherche sur les vaccins
ASC.08.98 Activités de recherche liées au VIH, non ventilées par type d'activité
ASC.08.99 Activités de recherche liées au VIH, non classifiées ailleurs (n.c.a.)

Annexe 10: Classification des populations bénéficiaires selon la nomenclature REDES

BP.01 Personnes vivant avec le VIH (indépendamment du diagnostic médical/clinique concernant le sida)
BP.01.01 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)
BP.01.01.01 Adultes et jeunes hommes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)
BP.01.01.02 Adultes et jeunes femmes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)
BP.01.01.98 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus), données non ventilées par sexe
BP.01.02 Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH
BP.01.02.01 Garçons (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH
BP.01.02.02 Filles (âgées de moins de 15 ans) vivant avec le VIH
BP.01.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe
BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe
BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables
BP.02.01 Consommateurs de drogues injectables (CDI) et leurs partenaires sexuels
BP.02.02 Professionnel(le)s du sexe et leurs clients
BP.02.02.01 Professionnelles du sexe et leurs clients
BP.02.02.02 Hommes travestis professionnels du sexe (et leurs clients)
BP.02.02.03 Hommes non travestis professionnels du sexe (et leurs clients)
BP.02.02.98 Professionnel(le)s du sexe, données non ventilées par sexe, et leurs clients
BP.02.03 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
BP.02.98 « Groupes de population particulièrement vulnérables », données non ventilées par type d'activité
BP.03 Autres groupes de population clés
BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)
BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH
BP.03.03 Réfugiés (déplacés hors de leur pays)
BP.03.04 Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (en raison d'une situation d'urgence)
BP.03.05 Migrants/populations mobiles
BP.03.06 Groupes autochtones
BP.03.07 Détenus et personnes placées en institutions

BP.03.08 Chauffeurs-routiers/travailleurs dans le transport et chauffeurs dans le secteur commercial
BP.03.09 Enfants et jeunes gens vivant dans la rue
BP.03.10 Enfants et jeunes gens membres de gangs
BP.03.11 Enfants et jeunes gens non scolarisés
BP.03.12 Enfants et jeunes gens placés en institutions
BP.03.13 Partenaires de personnes vivant avec le VIH
BP.03.14 Transfusés ou receveurs de produits sanguins
BP.03.98 « Autres groupes de population clés », données non ventilées par type d'activité
BP.03.99 « Autres groupes de population clés », données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
BP.04 Groupes de population spécifiques « accessibles »
BP.04.01 Personnes reçues dans des services de prise en charge des IST
BP.04.02 Elèves d'écoles élémentaires
BP.04.03 Jeunes gens/lycéens
BP.04.04 Etudiants à l'université
BP.04.05 Professionnels de soins de santé
BP.04.06 Marins
BP.04.07 Militaires
BP.04.08 Représentants de la police et d'autres services en uniforme (autres que les militaires)
BP.04.09 Ex-combattants et autres groupes armés dépourvus d'uniforme
BP.04.10 Ouvriers d'usines (s'agissant par exemple d'initiatives engagées sur le lieu de travail)
BP.04.98 Groupes de population spécifiques « accessibles », données non ventilées par type d'activité
BP.04.99 Groupes de population spécifiques « accessibles », données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
BP.05 Ensemble de la population
BP.05.01 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans)
BP.05.01.01 Population adulte masculine
BP.05.01.02 Population adulte féminine
BP.05.01.98 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans), données non ventilées par sexe
BP.05.02 Enfants (âgés de moins de 15 ans)
BP.05.02.01 Garçons
BP.05.02.02 Filles
BP.05.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans), données non ventilées par sexe
BP.05.03 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans)
BP.05.03.01 Jeunes hommes
BP.05.03.02 Jeunes femmes
BP.05.03.98 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), données non ventilées par sexe
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe.
BP.06 Initiatives non ciblées
BP.99 Groupes de population spécifiques cibles, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)

Annexe 3: Classification des objets de dépense selon la nomenclature REDES

PF.01 Dépenses courantes
PF.01.01 Revenus du travail (indemnisation des employés et rémunération des propriétaires)
PF.01.01.01 Salaires
PF.01.01.02 Contributions sociales

PF.01.01.03 Revenus salariaux indirects
PF.01.01.98 Revenus du travail, données non ventilées par type
PF.01.01.99 Revenus du travail non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PF.01.02 Fournitures et services
PF.01.02.01 Matériels
PF.01.02.01.01 Antirétroviraux
PF.01.02.01.02 Autres médicaments et produits pharmaceutiques (à l'exception des antirétroviraux)
PF.01.02.01.03 Fournitures médicales et chirurgicales
PF.01.02.01.04 Préservatifs
PF.01.02.01.05 Réactifs et matériels
PF.01.02.01.06 Produits alimentaires et nutriments
PF.01.02.01.07 Uniformes et matériel scolaire
PF.01.02.01.98 Matériels, données non ventilées par type
PF.01.02.01.99 Autres matériels non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PF.01.02.02 Services
PF.01.02.02.01 Services administratifs
PF.01.02.02.02 Maintenance et services de réparation
PF.01.02.02.03 Services liés à la publication, à la production cinématographique, à la radiodiffusion, et à l'élaboration de programmes
PF.01.02.02.04 Services de consultants
PF.01.02.02.05 Services de transport et de déplacement
PF.01.02.02.06 Services d'hébergement
PF.01.02.02.07 Services logistiques liés à des manifestations, s'agissant y compris de services de restauration
PF.01.02.02.08 Services d'intermédiation financière
PF.01.02.02.98 Services, données non ventilées par type
PF.01.02.02.99 Services non classifiés ailleurs (n.c.a.)
PF.01.98 Dépenses courantes, données non ventilées par type
PF.01.99 Dépenses courantes non classifiées ailleurs (n.c.a.)
PF.02 Dépenses en capital
PF.02.01 Constructions
PF.02.01.01 Modernisation des laboratoires et autres infrastructures
PF.02.01.02 Constructions de nouveaux établissements de santé
PF.02.01.98 Constructions, données non ventilées par type
PF.02.01.99 Constructions, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
PF.02.02 Equipements
PF.02.02.01 Véhicules
PF.02.02.02 Technologie de l'information (matériels et logiciels informatiques)
PF.02.02.03 Laboratoires et autres équipements médicaux
PF.02.02.98 Equipements, données non ventilées par type
PF.02.02.99 Equipements, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
PF.02.98 Dépenses en capital, données non ventilées par type
PF.02.99 Dépenses en capital, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)
PF.98 Facteurs de production, données non ventilées par type