



Article Original

Les Flux Financiers dans la Lutte contre le Sida au Cameroun en 2016/2017 : Inadéquation entre les Ressources, l'Orientation des Dépenses et les Tendances Épidémiologiques

Financial flows in the fight against AIDS in Cameroon, 2016, 2017: Mismatch between Resources, Orientation of Expenditures and Epidemiological Trends

Billong SC^{1,2,3}, Messeh A¹, Penda CI^{4,5}, Anoubissi JDD¹, Fokam J^{1,3,6}, Owona N¹, Moutapam RP⁹, Evouna A⁸, Bohimbo RC⁸, Billong EJ⁹, Takpa V, Bonono L¹, Zoung-Kanyi Bissek AC^{1,3,7}, Essi MJ¹

RÉSUMÉ

Introduction. L'épidémie du VIH au Cameroun présente de fortes disparités selon les régions et les sous-groupes populationnels. Le financement affecté aux réponses programmatiques influence les résultats épidémiologiques. Le Cameroun avait prévu d'investir respectivement 88,1 milliards FCFA et 98,6 milliards FCFA contre le VIH en 2016 et 2017. **Objectif.** L'objectif de cette étude était de décrire à l'échelle nationale les flux financiers au regard des populations et des interventions identifiées prioritaires. **Méthodes.** Une étude rétrospective a été menée de novembre 2018 à février 2019. Un recensement systématique des ressources et des dépenses dans la lutte contre le sida a été réalisé selon le modèle méthodologique de l'ONUSIDA qui consiste à tracer les flux financiers des différentes sources aux bénéficiaires finaux. **Résultats.** En 2016, les dépenses dans la lutte contre le sida ont été estimées à 44 999 675 860 FCFA contre 65 620 341 631 FCFA en 2017, représentant seulement la moitié des prévisions. Les sources de financement étaient essentiellement issues des fonds internationaux : 87,5% en 2016) et 83,5% en 2017. Les dépenses étaient orientées prioritairement sur le traitement antirétroviral, (55,7% en 2016 et 63,4% en 2017) ne tenant pas compte de la prévalence ou de l'incidence du VIH. **Conclusion.** Les personnes vivant avec le VIH étaient les principaux bénéficiaires des fonds investis. Les adolescents et jeunes ont bénéficié du plus faible financement de prévention, pourtant ils représentent la population ayant la plus forte incidence du VIH. Ces résultats suggèrent un renforcement du financement national et la réorientation des dépenses vers les adolescents jeunes.

ABSTRACT

Background. The HIV epidemic in Cameroon shows significant disparities across regions and population subgroups. It is known that funding for programmatic responses influences epidemiological outcomes. Cameroon had planned to invest 88.1 billion CFA francs and 98.6 billion CFA francs for HIV in 2016 and 2017 respectively. Our study aimed to describe at the national level the financial flows with regard to populations and identified priority interventions. **Methods.** We conducted a retrospective study over a period from January 2016-December 2017. We systematically identified resources and expenditures in the fight against AIDS according to the UNAIDS methodological model of tracing financial flows from different sources to financial agents towards service providers and final beneficiaries. **Results.** In 2016, expenditures in the fight against AIDS were estimated at 44 999 675 860 FCFA against 65 620 341 631 FCFA in 2017 representing half of forecasts. The sources of funding came mainly from international funds: 87.5% in 2016 and 83.5% in 2017. Orientation was primarily focused on treatment at 55.7% in 2016 and 63.4% in 2017 and not taking into account the prevalence or incidence of HIV. **Conclusion.** People living with HIV were the main beneficiaries with more than 50% of the funds invested. Adolescents and youth have benefited from lower funding for prevention yet they represent the population with the highest incidence of HIV. These results suggest a strengthening of domestic funding and reorientation of spending towards prevention and youth adolescent.

- 1 Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, (FMSB) Université de Yaoundé I
- 2 Groupe Technique Central, Comité National de Lutte contre le SIDA, Yaoundé
- 3 Groupe de Travail National pour la prévention et la surveillance de la pharmaco-résistance du VIH, MINSANTE, Yaoundé
- 4 Faculté de Médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Douala
- 5 Hôpital Général de Douala
- 6 Centre International de Référence Chantal Biya, Yaoundé
- 7 Division de la Recherche Opérationnelle en Santé, Ministère de la Santé Publique, Yaoundé
- 8 MINSANTE, Cameroun, Direction de la lutte contre la maladie et les pandémies
- 9 Cabinet de Recherches Afrique en Marche

Corresponding author:

Dr Serge Clotaire Billong,
Département de Santé Publique, FSBM, Université de Yaoundé I, Cameroun
Tel: (+237) 677 12 11 64
BP: 15723 Yaoundé
Email: sergebillong@yahoo.fr

Mots clés : VIH – Sida – Ressources – Dépenses – Épidémiologie- Cameroun
Keywords: HIV - AIDS – Resources - expenditures, - Epidemiology - Cameroon

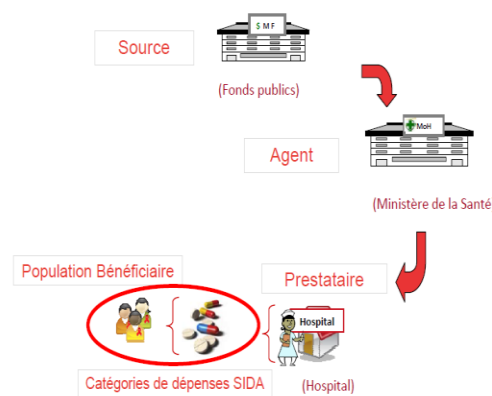
INTRODUCTION

Le Cameroun a achevé en 2017 la mise en œuvre de son Plan stratégique national de lutte contre le sida et les IST 2014-2017 [1]. Une évaluation a été réalisée et de nouvelles stratégies ont été définies pour la période 2018-2022. Le profil épidémiologique montre une baisse de la prévalence du VIH passée de 4,3% en 2011 à 3,4% en 2017 dans la population âgée de 15 à 49 ans [2,3]. L'incidence du VIH a été estimée pour la première fois à l'échelle nationale et celle-ci était de 0,27% dans la population des 15-64 ans en 2017.[3] L'épidémie est inégalement répartie selon les régions et les sous populations. Chez les femmes enceintes, la prévalence était de 5,7% en 2016 [4]. Chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) elle se situait à 44% en 2013 dans la ville de Yaoundé [5] et à l'échelle nationale on retrouvait une prévalence de 24,3% chez les femmes travailleuses du sexe (TS) [6]. Il existe de forte disparité de prévalence selon les régions. Elle varie de 1,5% dans la Région de l'extrême nord à 6,3% dans la Région du Sud [2]. Il est connu que le financement affecté aux réponses programmatiques influence considérablement les résultats épidémiologiques. Pour atteindre les objectifs planifiés en 2016 et 2017, le Cameroun a prévu un investissement global respectivement de 88,1 milliards F. CFA et de 98,6 milliards F.CFA. [1]. La nouvelle stratégie nationale 2018-2022 [7] prévoit un important renforcement du financement de la lutte contre le sida pour atteindre l'accès universel à la prévention du VIH, aux soins, aux traitements et au soutien des PvVIH. Il est indispensable que des ressources suffisantes soient affectées de manière cohérente pour une efficacité et efficience optimale. Les rapports annuels présentent les budgets mobilisés globalement dans la lutte contre le sida [8,9] selon les données reçues au niveau stratégique, mais ils ne précisent pas toujours l'origine des ressources ni l'orientation des dépenses effectuées. De plus ces flux financiers ne sont pas complets parce que basés exclusivement sur des reportages passifs effectués spontanément par les acteurs de mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH et le sida. Les financements dans la lutte contre le sida étant importants et d'origine plurielle, une modification dans le volume ou dans l'affectation des ressources peut influencer considérablement la trajectoire de l'épidémie. L'objectif de cette étude était ainsi de décrire les flux des ressources et des dépenses de la lutte contre le VIH et le Sida en 2016 et 2017 à l'échelle nationale. Plus spécifiquement, il s'agissait de quantifier les ressources financières dédiées au Cameroun à la lutte le VIH et décrire les sources et l'orientation des dépenses effectuées au regard des populations et des interventions identifiées prioritaires selon les tendances épidémiologiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Une étude rétrospective et descriptive à visée évaluative a été menée à l'échelle nationale pendant une durée de 04 mois, de novembre 2018 à février 2019. Aucun échantillonnage n'a été effectué, il s'agissait d'un

recensement systématique et complet des ressources affectées à la lutte contre le sida au Cameroun ainsi que les dépenses réalisées. La démarche méthodologique était celle proposée par l'ONUSIDA [10]. Celle-ci consiste à tracer les flux financiers des différentes sources aux agents financiers vers les fournisseurs de services et bénéficiaires finaux de ces services à travers des transactions financières. Les transactions étaient identifiées en relevant tous les éléments du flux financier, notamment, le transfert des fonds de la source de financement vers un agent de financement puis un prestataire ; les dépenses effectuées par le prestataire par intervention et selon les rubriques budgétaires et les populations ayant bénéficié de ces services. Les transactions habituellement sont faites comme le présente la figure 1, de haut en bas. Le circuit transactionnel était ainsi subdivisé en six catégories transactionnelles : (i) les sources de financement ; (ii) les agents de financement ; (iii) les prestataires de service ; (iv) les catégories de dépenses ou les services offerts ; (v) les objets de dépense ; (vi) les populations



bénéficiaires des services.

Figure 1 : Circuit d'une transaction financière

Les sources de financement étaient définies comme des entités nationales publiques ou privées ou internationales qui fournissent des ressources aux agents financiers pour être mises en commun et distribuées. Les Agents financiers étaient des entités qui reçoivent des ressources financières de différentes sources de financement et les transfèrent pour financer un projet ou pour payer des biens ou des services et les Prestataires de services étaient toutes les entités qui se livrent à la production de biens, services ou activités en réponse au VIH et Sida. Les dépenses ont été définies en 08 classes : (i) Prévention ; (ii) Soins et traitement ; (iii) Orphelins et enfants vulnérables ; (iv) Gestion de programme ; (v) Incitation au recrutement et à la rétention des ressources humaines ; (vi) Dépenses en atténuation, ces dépenses couvraient les charges de protection sociales (vii) Développement communautaire et environnement favorable, cette catégorie intégrait la promotion et le soutien du développement d'un environnement favorable au VIH à travers le plaidoyer et la communication stratégique, le respect des droits des PVVIH et autres personnes affectées, le développement institutionnel

spécifique au sida. Enfin (viii) les recherches associées au VIH et sida. L'objet de la dépense représentait le bien ou le service payé pour une intervention donnée. Les populations bénéficiaires étaient des groupes de populations constituant la cible des activités conduites. Il s'agissait des (i) Personnes vivant avec le VIH, (ii) des sous-groupes de populations particulièrement vulnérables : orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH, enfants nés de mères séropositives au VIH et les réfugiés et les « Populations clés » de la lutte contre le VIH que sont TS et leurs clients, les HSH, les camionneurs et les prisonniers.

Procédure

Le recueil des données s'est fait auprès du programme national de lutte contre le sida, des institutions publiques ou privées, internationales ou nationales intervenant de manière formelle ou informelle dans la lutte contre le sida au Cameroun. Cette liste a été complétée et validée par les différentes parties prenantes dans le cadre d'un Focus-group composé d'une trentaine de partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux de la lutte contre le sida au Cameroun. Les sources de données étaient les bases de données financières fournies par les institutions enquêtées. Après apurement, ces données ont été rangées selon les catégories et classes précitées. Celles-ci ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel RTS/RT conçu par l'ONUSIDA. Afin d'affiner les analyses, les tableaux ont été exportés de RTS/RTT vers Excel.

Qualité des données

Toute l'équipe de recherche a été formée sur les principaux éléments de la mise en œuvre de l'étude. Les outils ont été prétestés. Les données collectées ont été apurées. Dans cet exercice Il s'agissait précisément de contrôler la cohérence des activités par rapport aux missions de la structure et de s'assurer de la bonne qualité des données reçues. Une recherche active des informations manquantes était effectuée pour les cas qui le nécessitaient afin de disposer de l'information la plus exhaustive et la plus vraisemblable possible sur les différentes institutions. Les enquêteurs ont bénéficié d'une supervision de proximité afin d'assurer une fiabilité et validité optimale des données collectées. Une fois toutes les données traitées, celle-ci ont été validées par les institutions qui les ont fournies avant leur intégration finale dans les bases.

Considérations éthiques et administratives

Cette recherche a reçu une autorisation administrative du Ministère de la santé publique. Toutes les dispositions classiques nécessaires pour garantir la confidentialité des informations recueillies dans les différentes institutions ont été prises. L'accès aux données a été sécurisé par un mot de passe crypté.

RESULTATS

Dépenses globales consacrées à la lutte contre le VIH et le sida au Cameroun en 2016 et 2017

De manière exhaustive, toutes les institutions (157) des niveaux stratégique et opérationnel intervenant dans la lutte contre le sida au Cameroun et identifiées par les parties prenantes comme tel, ont été enquêtées. En 2016 les dépenses totales consacrées à la lutte contre le VIH et sida ont été estimées à 44 999 675 860 FCFA contre 65 620 341 631 FCFA en 2017, soit une augmentation de 45,8% entre les deux années. Les sources de financement étaient essentiellement les fonds internationaux, les fonds privés et les fonds publics qui représentaient respectivement 87,5% (39 386 844 702/44 999 675 860), 5,7% (2 551 047 333/44 999 675 860) et 6,8% (3 058 783 825/44 999 675 860) en 2016 contre 83,5% (54 781 092 160/65 620 341 631), 3,8% (2 339 930 918/65 620 341 631) et 13,0 % (8 499 318 553/65 620 341 631) en 2017.

Les fonds mobilisés au niveau national et dépensés en faveur de la lutte contre le sida (Fonds domestiques) étaient constitués à plus de la moitié des fonds publics, respectivement 54% en 2016 et 78% en 2017. Le reste des dépenses domestiques dans la lutte contre le sida étaient essentiellement celles des ménages et très peu celle des institutions et organismes à but lucratif soit respectivement 44% et 2% en 2016 contre 20% et 1% en 2017.

Concernant les fonds publics, en 2016 et 2017, on a estimé à 3 058 783 825 FCFA et 8 499 318 553 FCFA respectivement, ont été dépensés pour la lutte contre le VIH. Ces dépenses ont été essentiellement faites par le Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le sida (GTC-CNLS) et certains ministères tels que le Ministère des finances, le Ministère des affaires sociales, le Ministère de la jeunesse et de l'éducation civique, le Ministère de l'enseignement supérieur, etc. Les fonds privés étaient essentiellement constitués des fonds dépensés par les ménages pour la prévention et la prise en charge. Il s'agissait spécifiquement des dépenses effectuées pour l'achat des préservatifs, le transport et les examens de suivi de routine. Les fonds internationaux investis dans la lutte contre le VIH et le sida au Cameroun en 2016 et 2017 étaient estimés respectivement à 39 386 844 702 FCFA et à 54 781 092 160 FCFA, soit une hausse de 39,084% entre les deux années. Ces fonds provenaient de deux catégories de bailleurs suivantes : (i) les organismes bilatéraux dont la contribution aux dépenses de la lutte est passée 23 486 587 409 FCFA (60%) en 2016 à 21 426 017 877 FCFA (34%) en 2017 soit une baisse de 9%. Plus de 80% de ces fonds proviennent de l'apport du gouvernement américain et (ii) les organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées dont la contribution aux dépenses de la lutte contre le VIH et le sida est passée de 15 900 257 293 FCFA en 2016 à 33 321 933 108 FCFA en 2017. Ces ressources financières provenaient du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM) respectivement 14 019 722 402 FCFA en 2016 et 31 704 143 887 en 2017 (90,1% et 96,0%). Le tableau 1 présente la répartition détaillée des sources du financement international affecté à la lutte contre le sida au Cameroun en 2016 et 2017.

Tableau 1 : Décomposition des fonds internationaux affectés à la lutte contre le sida au Cameroun 2016 et 2017					
		2016	%	2017	%
Contributions bilatérales directes	Gouvernement français	65 642 000	< 1	3 478 000	< 1
	Gouvernement allemand	3 141 430 241	13	396 664 967	2
	Gouvernement américain	20 279 515 168	86	21 025 874 910	97
Contributions bilatérales directes		23 486 587 409	59,6	21 426 017 877	39
Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	Union européenne	0	0,0	16 999 529	0,1
	Fonds mondial	14 019 722 402	88,2	31 704 143 887	95,1
	ONUSIDA	307 632 571	1,9	307 384 921	0,9
	UNICEF	902 573 935	5,7	761 167 065	2,3
	PNUD		0,0	34 779 321	0,1
	UNESCO	31 377 779	0,2	36 818 769	0,1
	UNFPA	240 242 247	1,5	75 987 990	0,2
	PAM	58 607 199	0,4	90 102 466	0,3
OMS	340 101 160	2,1	294 549 160	0,9	
Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées		15 900 257 293	40,4	33 321 933 108	60,8
Fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)		0	0,0	33 141 175	100
Fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)		0	0,0	33 141 175	0,1
TOTAL		39 386 844 702		54 781 092 160	

Orientation des dépenses selon les interventions

Les dépenses effectuées dans la lutte contre le sida en 2016 et 2017 ont été orientées en majeure partie vers les activités de soins et traitement (tableau 2) à hauteur de 25 044 327 507 FCFA soit (55,7%) en 2016 et 41 618 604 724 FCFA soit 63,4% en 2017. La prévention constituait le deuxième pôle de dépenses et représentait respectivement 27,5% et 21,3% du total des dépenses en 2016 et 2017. Les dépenses de prévention se sont accrues d'une valeur absolue de 1 646 961 692 FCFA entre les deux années. Les charges d'administration,

gestion du programme et ressources humaines représentent la troisième grande enveloppe des fonds dépensés aussi bien en 2016 qu'en 2017 respectivement 6 923 128 050 (15,4%) et 9 089 449 680 (13,9%) en 2016. Pour les dépenses en soins ambulatoires qui constituent la plus grande part des dépenses liées aux Soins et traitement, l'essentiel des fonds a été affecté à l'achat des ARV et aux interventions suivantes : suivi de laboratoire spécifique au VIH, prophylaxie et traitement des infections opportunistes, traitement et services d'accompagnement psychologique.

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

Trois catégories de dépenses représentaient en 2016 environ la moitié des dépenses de prévention notamment

le Conseil et dépistage du VIH (3 497 311 410 FCFA), la Communication pour le changement social et

comportemental (1 786 782 506 F. CFA) et la Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH. (1 517 411 460 F.CFA). L'architecture des dépenses est sensiblement la même en 2017, mais deux interventions ;

le Conseil et dépistage du VIH (3 497 311 410 FCFA) et la PTME (2 980 968 816) représentaient plus de 60% des dépenses de prévention. Le tableau 3 présente de manière détaillée l'affectation de ces dépenses.

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

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

Les dépenses consacrées à l'administration et la gestion du programme au cours des années 2016 et 2017 se sont élevées respectivement à 6 923 128 050 FCFA et 9 361 884 662 FCFA soit une hausse de 35% entre ces deux années. Au cours de ces deux années, plus de la moitié

de ces fonds a été utilisée pour la coordination et à la gestion du programme soit respectivement 74% et 55%. Le suivi-évaluation a représenté moins de 30% des fonds alloués à la gestion du programme et moins de 5% des fonds affectés à la lutte contre le sida.

Tableau 4: Décomposition des dépenses de gestion de programme et du renforcement de l'administration en 2016 et 2017

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

Orientation générale des dépenses selon les populations bénéficiaires

En 2016 comme en 2017, le groupe des personnes vivant avec le VIH était le principal bénéficiaire des interventions de la lutte contre cette épidémie. En effet,

plus de 50% des fonds investis dans la lutte contre le VIH et le sida en 2016 et en 2017 a été dépensé pour des interventions en leur faveur sans distinction d'âge ou de sexe.

Tableau 5: Décomposition des dépenses par population bénéficiaire en 2016 et 2017

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

Profil des dépenses par catégories d'agent de financement, prestataire et objet de dépenses

Pour plus de 30% des dépenses effectuées, les facteurs de productions n'ont pas été spécifiés. Il ressort néanmoins (tableau 6) que 12,7% des dépenses en 2016 et 36,3% en 2017 ont été affectées à l'achat des ARV et autres produits pharmaceutiques. Les réactifs et matériels

ont été achetés pour des montants de 5 764 158 387 FCFA en 2016 et 6 239 109 032 FCFA en 2017. Au cours de ces années, 10,1% et 13,9% ont été utilisés en services de toute sorte (transport, réparation, consultation, hébergement, etc...). Les dépenses en capital cependant représentaient moins de 5% des fonds investis dans la lutte.

Tableau 6 : Décomposition des dépenses par objet de dépenses en 2016 et 2017

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

S'agissant des agents transactionnels du financement, en 2016 on note que 57% des fonds a transité par les agents internationaux basés au Cameroun. Les institutions publiques (GTC-CNLS, Minsante, autres institutions publiques) ont gérés 35% des fonds et le secteur privé

08% de l'ensemble des fonds mobilisés. En 2017 par contre, la tendance a été inversée, les institutions publiques ont été Agent transactionnel pour 58% des fonds, les agences internationales 34% et le secteur privé 08%. Le financement des prestations de services a

essentiellement été manipulé par les prestataires privés (entreprises), dans le cadre de la fourniture des intrants (ARV, réactifs, véhicules, équipements etc...) et les prestataires internationaux (ONG internationales, fondations etc...) qui ont offerts des prestations en termes de fournitures de bien et service pour plus de 75% des fonds investis dans la lutte en 2016 et en 2017. Le secteur public national a assuré la gestion de 14% en 2017 et 9% en 2018 du financement dédié aux prestations de services.

DISCUSSION

Les éléments contextuels macroéconomiques et sécuritaires au Cameroun présentent une forte dynamique au cours des années 2016 et 2017 dans le sens de la baisse. En effet selon les estimations du Fonds Mondial, après un taux de croissance du PIB en 2015 de 5,7, cette croissance était estimée à 4,8% en 2016 et à 4,2% en 2017 et cette tendance s'est poursuivie en 2018 [11]. Hors les difficultés économiques ont été fréquemment associées à l'infection à VIH. [12, 13]. D'autre part au Cameroun, le Taux de pauvreté a augmenté de 12 % entre 2014 et 2017 en raison d'une croissance démographique supérieure au taux de réduction de la pauvreté. On dénombrait 8,1 millions de pauvres dans le pays en 2014. D'après les estimations, 56 % des pauvres vivent dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord. [14]. La vulnérabilité au VIH devrait aussi avoir augmenté en raison des crises sociopolitiques qui se sont accentuées au cours de ces deux années dans le pays. Sur le plan humanitaire et sécuritaire, le Cameroun connaît une situation de plus en plus difficile dans les régions septentrionales où le mouvement Boko Haram mène une guerre permanente et de fortes tensions sociopolitiques sont observées dans les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest. En effet on estime qu'environ 7 500 personnes ont été déplacées vers l'intérieur du pays, au même moment le Cameroun accueille 45 000 réfugiés nigériens au nord et 131 000 réfugiés de République centrafricaine à l'est. [15]. Dans ce contexte connaître le volume et l'orientation des ressources affectées à la lutte contre le sida était pertinent. Les dépenses effectuées (44 999 675 860 et 65 620 341 631) représentent juste un peu plus de la moitié des prévisions stratégiques (88 147 243 488 et 98 583 997 136) pour respectivement chacune de ces deux années 2016 et 2017. L'investissement effectué ne pouvait donc pas permettre l'atteinte des résultats programmatiques et épidémiologiques envisagés en 2017, fin de la mise en œuvre du plan stratégique national en effet, plusieurs indicateurs traceurs n'ont pas atteint la performance requise. Notamment le gap observé de 4156 sur les 257 871 personnes infectées sous traitement ARV attendues en 2017. On doit toutefois remarquer que très peu de pays à ressources limitées réussissent à mobiliser le financement nécessaire pour la lutte contre le sida. Au Togo en 2015 par exemple, 81,94% des dépenses effectuées étaient des fonds internationaux. [16].

Les résultats obtenus montrent que la grande majorité des financements de la lutte contre le VIH au Cameroun, largement plus des trois quarts est issues de financements

extérieurs. Ceci peut constituer un risque majeur. En effet pour une affection où on estime le nombre de décès au cours de ces années 2016 et 2017 à respectivement 24 000 et 21 000. [17], la contribution nationale à la riposte semble très faible, mais si l'on relève que cette somme représente pour une seule maladie près de 20% du budget national, affecté à la santé, on peut relativiser cette observation. En effet la réponse contre le VIH est très onéreuse et impose des financements pluriels et multilatéraux. C'est le cas pour la plupart des pays en voie de développement. Il convient toutefois de relever que le Cameroun n'a pas encore atteint le taux de 15% du budget national à affecter à la santé de ses populations, tel que recommandé par la Déclaration d'Abudja de 2001. La lutte contre le sida ayant un caractère multisectoriel, une décision politique avait été prise au Cameroun en 2001 d'impliquer toutes les réponses sectorielles (ministères autres que le Ministère de la santé) au financement de la lutte contre le sida, chacune dans son domaine de compétences. [18]. L'observation des dépenses sectorielles montre que cette décision du premier ministre camerounais est très peu suivie. Dans les fonds domestiques dépensés la contribution des ménages reste très importante. On peut retenir que globalement la lutte contre le sida au Cameroun est essentiellement financée par deux partenaires le Gouvernement américain dans le cadre de la coopération bilatérale et le FM dans le cadre de la coopération multilatérale. Rappelons que cette étude dans son modèle conceptuel ne prend pas en compte l'importante contribution nationale indirecte, notamment les infrastructures et les ressources humaines affectées à la lutte contre le sida par le Cameroun ainsi que d'autres dépenses difficilement détachables des autres actions de santé comme la supervision intégrée des personnels, les formations transversales et autres.

Le traitement représente environ la moitié des dépenses de lutte contre le sida, alors que la prévention représente à peine un quart des dépenses. Ceci pourrait paraître inadéquat dans une maladie où de toutes évidences il est plus efficient d'investir dans la prévention. En effet une personne infectée génère des dépenses très importantes dans le temps puisque ce traitement est permanent pour toute la vie. Cette polarité vers le traitement est pourtant opportune car en effet il est aujourd'hui largement admis qu'une personne sous traitement convenablement conduit ne transmet plus le VIH [19-22]. Le traitement du VIH devient ainsi donc difficilement détachable de la prévention.

Selon les groupes populationnels, les programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients et ceux destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes semblent faible. Au regard de la faible taille des populations concernées respectivement en 2018 : 70 487 (50365- 90 906) travailleuses du sexe (TS) ; 7 023 (5 470 – 8576) hommes homosexuels ; 2 453 (18030 -3075), utilisateurs de drogues injectables et 9 823 (7031 – 12 614) utilisateurs d'autres drogues. [23] Ces populations sont celles qui en ratio, reçoivent le plus important financement dans la prévention du sida au Cameroun.

Cette orientation est cohérente avec leur indexation comme « populations clés » de la lutte contre le VIH. Mais il peut se poser des questions sur la pertinence d'un financement si important dans la prévention du VIH auprès des populations pour la plupart déjà infectées. Ce financement devrait être probablement plus efficace s'il était orienté en priorité vers le traitement des dites populations clés. En effet l'activité sexuelle intra-groupe étant plus élevée que celle avec les autres groupes, assurer le traitement correct à tous ceux qui y porte le VIH pourrait stopper la progression de l'incidence du VIH dans ce groupe. Ramené à l'unité, les populations adolescentes et jeunes sont celles qui reçoivent le plus faible investissement dans la prévention du VIH pourtant c'est la population qui présente la plus haute incidence et la plus grande mortalité. Avec la stratégie Tester et traiter que le pays a adopté, les populations adolescentes et jeunes sont celles sensées avoir une durée de traitement plus longue et incidemment plus coûteuse. L'investissement dans la prévention du VIH dans cette population serait donc plus efficient que dans toutes autres sous-populations. Cette déclinaison du financement vers les groupes vulnérables des zones en conflits pourrait aussi être une priorité. Le niveau de désagrégation des données collectées n'a pas permis de porter un bon jugement de valeur pour qualifier la fraction du financement affectée à la population située dans ces zones.

Les transactions financières sont souvent sources de risque en matière de gestion. Cette étude montre que la grande majorité des transactions financières a été réalisée directement par les donateurs. En effet dans son modèle de financement le gouvernement américain, principal donateur utilisent exclusivement des organismes américains basés au Cameroun comme sous récipiendaires de ses financements. Ceux-ci offrent des prestations en termes de fournitures de bien et service parfois par le canal d'autres ONG locales comme CARE international ou des associations nationales. D'autre part dans le financement issu de la coopération multilatérale, le principal contributeur le FM réalise de manière directe la prestation d'acquisition des médicaments et autres intrants et ceux-ci représentent plus de la moitié de ce financement. Globalement les transactions financières au niveau national dans la lutte contre le sida présentent ainsi des risques limités. Le déficit de financement de Suivi-Évaluation de la lutte est par contre un risqué très élevé. En effet il est habituellement conseillé que 5 à 8 % des financements soient affectés au suivi-Évaluation des projets. Dans le contexte de la lutte contre le sida au Cameroun l'investissement effectué pour le Suivi et Évaluation est très faible, il représente moins de 5% du financement global.

Limites de l'étude :

Les informations financières dans la grande majorité des institutions nationales et internationales sont confidentielles et leur déclinaison nécessite souvent plusieurs niveaux d'autorisation. Dans certaines institutions l'information fournie pourrait ainsi ne pas être complète. La collecte s'est voulue exhaustive sur l'ensemble du pays, certaines institutions privées

intervenant de manière isolée peuvent avoir échappé à ce recensement. Il est toutefois logique de relever que l'incidence de ce manquement ne devrait pas être grande sur la globalité. En effet les financements privés des grandes entreprises, les financements publics et les financements internationaux qui représentent près de la totalité des financements affectés à la lutte contre le sida bénéficient d'une traçabilité stricte et tous ont été pris en compte.

CONCLUSION

L'investissement du Cameroun en matière de VIH au cours des années 2016 et 2017 n'était pas en adéquation avec les ambitions programmatiques et épidémiologiques envisagées. Le volume global des dépenses était environ la moitié des budgets prévisionnels pour l'atteinte des résultats planifiés. La géographie des ressources présentait un risque majeur lié à un financement domestique très faible. Ce risque était accentué du fait qu'un très petit nombre de bailleurs couvraient la quasi-totalité des dépenses. Le retrait de l'un d'eux serait très pénalisant. Une autre inadéquation évidente était le financement de la prévention de la lutte contre le VIH auprès des adolescents et jeunes qui est le plus bas alors que ces derniers présentent l'incidence du VIH la plus élevée. L'investissement le plus important étant réalisé chez les populations clés qui ont des prévalences très élevées chez qui l'investissement majeur devrait être plutôt le traitement. Le financement des interventions de Suivi-Évaluation nécessite d'être renforcé.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Remerciements

Cette recherche a été entièrement financée par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Nous tenons à remercier l'ONUSIDA qui a apporté son assistance technique durant tout le processus. Nous remercions également les institutions enquêtées qui ont accepté de mettre à notre disposition des informations confidentielles pour les besoins de cette étude.

Financement

Fonds Mondial de lutte contre le sida la TB et le paludisme, NFM CMR-H-MOH 993

Contribution des auteurs

Conception de l'étude : SCB ; analyse et/ou interprétation des données : SCB, ALM ; rédaction du manuscrit : SCB ; révision du manuscrit : tous les autres auteurs ; approbation de la version finale : tous les auteurs.

RÉFÉRENCES

1. CNLS (2011), Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le sida et les IST, 2014-2017. Cameroun, Yaoundé, 2014
2. Institut National de la Statistique et ICF International (2005). Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé et à indicateurs multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International

3. MINSANTE, Institut National de la Statistique et ICF International, ICAP, (2019). Rapport préliminaire de l'Enquête CAMPHIA. Cameroun, Yaoundé, 2019
4. Billong S-C, Fokam J, Billong E-J, Nguéack-Tsague G, Essi M-J, Fodjo R, et al. Distribution épidémiologique de l'infection à VIH chez les femmes enceintes dans les dix régions du Cameroun et implications stratégiques pour les programmes de prévention. *Pan African Medical Journal*. 29 2015 ;20. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/79/full/>
5. Billong SC, Fokam J, Essi MJ, Nguéack-Tsague G, Billong EJ, Papworth E, Nfetam Elat JB. Prévalence de l'infection à VIH et comportements sexuels chez les hommes homosexuels dans la ville de Yaoundé au Cameroun. *Health Sci. Dis: Vol 14 (2) June 2013*.
6. MINSANTE, USAID Cameroun, CARE Cameroun. 2016 Integrated Biological and Behavioral Survey (IBBS) Report among Key Populations in Cameroon: Female sex workers and men who have sex with men. Yaoundé; 2017 sept
7. CNLS-Cameroun. (2018) Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH et les IST 2018-2022, CNLS ; Yaoundé. 2018
8. CNLS-Cameroun. (2017) Rapport National 2016 des activités de Lutte contre le VIH et les IST, CNLS ; Yaoundé. 2017
9. CNLS-Cameroun. (2018) Rapport National 2017 des activités de Lutte contre le VIH et les IST, CNLS ; Yaoundé. 2018
10. ONUSIDA (2009), Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) : Classification et définitions. Bibliothèque de l'OMS, Genève, 2009.
11. Rapport du FMI No. [15/331] au titre de l'article IV, 2015
12. Mbopi-Keou FX, Nguéack-Tsague G, Kalla Mbopi-Keou GCM et al. Facteurs de risque de l'infection par le VIH dans le district de santé de Meyomessala au Cameroun, *Pan Afr Med J*. 2014; 18: 161.
13. Mitonga Kabwebwe H, Allen K, Longombe Ndjate. La connaissance et les perceptions du VIH dans une région frontalière de haute pauvreté avec une grande population migratrice, *Rev. méd. Gd. Lacs* 2013;2(3) :367-384
14. MINEPAT & UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. 2012
15. UNICEF. Cameroon Humanitarian Situation Report. 31 August 2015 disponible le 16/06/2019 dans <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/cameroon/documents>
16. CNLS-IST Togo 2018 Rapport REDES 2016, P.42 disponible le 16/06/2019 dans ... www.cnlstogo.org.
17. CNLS-Cameroun. (2019) Estimations et Projection de la lutte contre le VIH au Cameroun CNLS ; Yaoundé. 2019
18. République du Cameroun, Premier Ministre. Circulaire N° 10 /CAB / PM / du 11 décembre 2001, relative à la création des commissions centrale de coordination du programme sectoriel de lutte contre les MST/VIH/SIDA
19. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prévention de l'infection par le VIH-1 avec un traitement antirétroviral précoce. *N Engl J Med*. 2011; 365 (6): 493-505.
20. Tanser F, T Barnighausen, E Grapsa, Zaidi J, Newell ML. Couverture élevée du traitement antirétroviral associé au déclin du risque d'acquisition du VIH dans les régions rurales du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. *Science*. 2013; 339 (6122): 966-71.
21. Karim SAS, Karim, QA. La prophylaxie antirétrovirale : un moment déterminant dans le contrôle du VIH. *Lancet*. 2011; 378 : e23-5.
22. Attia S, M Egger, M Muller, et al. Transmission sexuelle du VIH en fonction de la charge virale et de la thérapie antirétrovirale: revue systématique et méta-analyse. *SIDA*. 2009; 23 : 1397-404.
23. Minsanté, Camanafaw, CNLS-Cameroun, ICI santé Cartographie programmatique et estimation de taille des travailleuses de sexe, des hommes ayant des rapports avec des hommes, des usagers de drogues et des adolescents et jeunes vulnérables au VIH au Cameroun. Rapport Final, Janvier 2019. CNLS, Yaoundé 2019 ; Page 11.