

**DOCUMENT DE PROJET*****Djibouti***

**Intitulé du projet:** *Soutenir les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose pour renforcer les services de traitement et de soins dans tout le pays*

**Numéro du projet:** 00107277

**Partenaire de réalisation:** Ministère de la Santé

**Date de démarrage:** 01/07/2018    **Date d'achèvement:** 31/12/2020    **Date de réunion du CAP:**

**Description succincte**

Le VIH / SIDA est un problème majeur de santé publique à Djibouti et le pays est classé comme Pays à épidémie généralisée. Selon la dernière enquête de prévalence du VIH qui date de 2002, le taux de prévalence est de 2,9%. Cependant, selon les estimations pays de 2017 (*Spectrum, Estimates from National Aids Program, 2017*), la prévalence du VIH est estimée à 1,3%. En ce qui concerne la PTME, l'enquête sentinelle de 2013 indique que la séroprévalence chez les femmes enceintes était de 0,9% à Djibouti et de 0,4% en milieu rural (*Rapport de surveillance sentinelle, PLSS, 2013*) et 0,9% en 2016. Au 31 décembre 2017, il y avait 2454 patients sous traitement, soit 35,54% des personnes vivant avec le VIH/SIDA à Djibouti. En ce qui concerne la tuberculose, elle demeure un problème majeur de santé publique à Djibouti, l'un des pays où l'incidence de la tuberculose est la plus élevée. Elle se classe au 5ème rang mondial en termes d'incidence de la tuberculose (après le Lesotho, l'Afrique du Sud, le Swaziland et la Namibie) et présente une forte incidence de co-infection tuberculose / VIH. Selon le rapport mondial de l'OMS, la prévalence est d'environ 906 cas pour 100 000 habitants en 2014. Cependant, il existe une tendance à la baisse de l'incidence, qui est passé de 619 cas en 2014 à 378 nouveaux pour 100 000 habitants en 2015 et 335 pour 100 000 en 2016. Le taux de co-infection était de 5,2% en 2016 (Rapport annuel du Programme national de lutte contre le sida, 2016). Sur les 2523 cas de tuberculose notifiés en 2016, 2251 ont été testés pour le VIH (89,2%), 118 étaient coïnfectés et 78 d'entre eux étaient sous antirétroviraux. Sur 138 patients coïnfectés dans la cohorte de 2015, 119 ont reçu des ARV, par ex. 86,2%. Ce programme conjoint VIH / TB comprend des interventions qui répondent aux priorités listées dans les des deux plans stratégiques nationaux - Tuberculose et le VIH – et prend aussi en compte les résultats du dialogue pays, ainsi que l'analyse des investissements, afin de maximiser l'impact. Le programme mettra l'accent sur la réduction des nouvelles infections, en ciblant principalement la population générale. La subvention vise aussi à renforcer les objectifs de diagnostic et de traitement, à la fois pour le VIH et la tuberculose, en soutenant le processus de décentralisation entamé en 2016 par le ministère de la Santé. Par ailleurs, ce programme va renforcer les actions des équipes mobiles qui seront déployées dans les zones les plus reculées pour fournir les services de prévention et de traitement aux populations, en mettant l'accent sur les populations les plus défavorisée, les femmes enceintes et les enfants des zones reculées, les PVVIH et les tuberculeux. La subvention établira un mécanisme de coordination global, par le biais de la CCMI, pour coordonner l'intervention sur le VIH et la tuberculose avec d'autres partenaires, par ex. FHI360 sur les activités de prévention du VIH auprès des populations clés.

**Effet contribuant (PNUAD/DPP, DPR ou DPM) :**


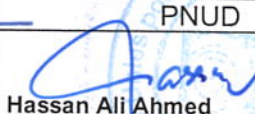
L'accès aux services sociaux de base des populations et des groupes les plus vulnérables en particulier est amélioré

**Produit(s) indicatif(s) avec marqueur genre<sup>2</sup> :**

1. Activités de prévention et prise en charge de la tuberculose sensible et multi-résistant réalisées à l'échelle nationale (G3) ;
2. Activités de dépistage, traitement, prise en charge et soutien des PVVS mises en oeuvre à l'échelle nationale (G3) ;
3. Activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant réalisées à l'échelle nationale (G3);
4. Activités conjointes VIH/TB réalisées à l'échelle nationale (G3)

<b>Total des ressources nécessaires :</b>	<b>USD 4 916 424</b>	
<b>Total des ressources allouées :</b>	<b>TRAC du PNUD :</b>	
	<b>Donateur : Fonds Mondial</b>	<b>4 916 424</b>
	<b>Gouvernement :</b>	
	<b>Apports en nature :</b>	
<b>À financer :</b>		

Approuvé par (signatures):

Gouvernement	PNUD	Partenaire de réalisation
 Le Secrétaire <b>Dr Saleh Benoita Tourab</b> Secrétaire Général p.i.	 <b>Hassan Ali Ahmed</b> Représentant Résident Adjoint p.i.	N/A
Date : 30 OCT 2018	Date : 30 OCT 2018	Nom en capitales : Date :



## I. PROBLÉMATIQUE DE DÉVELOPPEMENT

Djibouti est un pays à revenu moyen inférieur avec un PIB de 1 668 USD par habitant en 2013. Il est classé 172ème sur 187 pays dans l'Indice de développement humain 2017. Le profil démographique du pays révèle un grand nombre de jeunes, une forte concentration de personnes dans les zones urbaines, surtout dans la capitale et un grand nombre de femmes en âge de procréer, ce qui crée une forte demande dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Le VIH / SIDA est un problème majeur de santé publique à Djibouti et le pays est classé comme un Pays à épidémie généralisée. Selon la dernière enquête de prévalence du VIH, qui date de 2002, le taux de prévalence est de 2,9%. Cependant, selon les estimations pays de 2017 (*Spectrum, Estimates from National Aids Program, 2017*), la prévalence du VIH est estimée à 1,3%. Selon la même source, de 2004 à 2014, 7015 cas de VIH ont été signalés. En outre, selon une étude de l'IBBS réalisée en 2014, la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe est de 13%, alors qu'elle est de 1% chez les chauffeurs routiers de longue distance. À ce jour, aucune étude épidémiologique n'a été menée pour déterminer le niveau de prévalence du VIH dans les autres populations les plus exposées.

En ce qui concerne la réponse nationale, selon le rapport annuel du programme national de lutte contre le Sida (PLSS) du Ministère de la Santé, en 2015, sur 6971 Personnes vivantes avec le VIH/Sida (PVVS) attendus, le nombre estimé de PVVS connaissant leur statut était de 4740 (68%), dont 2229 étaient sous TARV (32% du total attendu). Il est important de signaler que, selon le rapport du PLSS de 2017, au 31 décembre 2017, il y avait 2454 patients sous traitement, soit 35,54% des personnes vivants avec le VIH/SIDA à Djibouti. Sur 1775 charges virales complétées indépendamment du traitement antirétroviral, 1136 présentaient des CV indétectables (64%). En ce qui concerne la PTME, l'enquête sentinelle de 2013 indique que la séroprévalence chez les femmes enceintes était de 0,9% à Djibouti et de 0,4% en milieu rural (*Rapport de surveillance sentinelle, PLSS 2013*) et 0,9% en 2016. Selon le rapport annuel de la DSME de 2016, sur 27,794 femmes enceintes attendues, 16649 avaient accès à une CPN (60%), 14879 avaient été testés pour le VIH (53,5% du total attendu) et 91 femmes enceintes ont été diagnostiquées séropositives (sur les 176 prévues), soit 52%. Parmi les 91 femmes enceintes, 85 ont reçu un traitement antirétroviral, soit 93% de couverture ARV. Pour la cohorte de 2015, 126 ont été diagnostiqués avec le VIH, 92 ont été traités, soit 73% de la couverture ARV. En ce qui concerne les enfants exposés, en 2016, le taux de TME était de 13,17%. En 2016, pour 2 cas d'enfants séropositifs sous TAR, 1 enfant avait un CV indétectable à 12 mois.

En ce qui concerne la Tuberculose, elle demeure un problème majeur de santé publique à Djibouti, qui est l'un des pays où l'incidence de la tuberculose est la plus élevée. Le pays se classe au 5ème rang mondial en termes d'incidence de la tuberculose (après le Lesotho, l'Afrique du Sud, le Swaziland et la Namibie) et présente une forte incidence de co-infection tuberculose / VIH.

Selon le rapport mondial de l'OMS, la prévalence est d'environ 906 cas pour 100 000 habitants en 2014. Cependant, il existe une tendance à la baisse du taux d'incidence, qui est passé de 619 cas en 2014 à 378 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2015 et 335 pour 100 000 en 2016. Le taux de co-infection était de 5,2% en 2016 (Rapport annuel du Programme national de lutte contre le sida, 2016). Sur les 2523 cas de tuberculose signalés, 2251 ont été testés pour le VIH (89,2%), 118 étaient coinfectés et 78 d'entre eux étaient sous antirétroviraux. Sur 138 patients coinfectés dans la cohorte de 2015, 119 ont reçu des ARV, soit 86,2%.

Ce programme conjoint VIH / TB comprend des interventions qui répondent aux priorités listées dans les des deux plans stratégiques nationaux - Tuberculose et le VIH – et prend aussi en compte les résultats du dialogue pays, ainsi que l'analyse des investissements, afin de maximiser l'impact. Le programme mettra l'accent sur la réduction des nouvelles infections, en ciblant principalement la population générale. La subvention vise aussi à renforcer les objectifs de diagnostic et de traitement, à la fois pour le VIH et la tuberculose, en soutenant le processus de décentralisation entamé en 2016 par le ministère de la Santé. Par ailleurs, ce programme va renforcer les actions des équipes mobiles qui seront déployées dans les zones les plus reculées pour fournir les services de prévention et de traitement aux populations, en mettant l'accent sur les populations les plus défavorisée, les femmes enceintes et les enfants des zones reculées, les PVVIH et les tuberculeux. La subvention établira un mécanisme de coordination global, par le biais de la CCMI, pour



coordonner l'intervention sur le VIH et la tuberculose avec d'autres partenaires, par ex. FHI360 sur les activités de prévention du VIH auprès des populations clés.

En ce qui concerne les populations clés de ce programme, elles peuvent être résumées de la manière suivante :

1. Femmes enceintes et enfants exposés ;
2. Personnes vivantes avec le VIH/Sida (PVVS) ;
3. Patients TB;
4. Réfugiés et migrants ;
5. Prisonniers;
6. Patients coinfectés TB/VIH;
7. Patients TBMR;

---

## II. STRATÉGIE

Les agences des Nations Unies à Djibouti et leurs partenaires du Gouvernement et de la société civile ont élaboré le PNUAD pour le cycle 2018-2022, avec le souci d'intégrer les conclusions et recommandations de l'évaluation de l'UNDAF précédent (2013-2017) qui réaffirmait le besoin d'un plan cadre élaboré de manière participative, coïncidant avec les enjeux nationaux majeurs et qui vise davantage de coordination, d'efficacité et de suivi dans la délivrance de l'assistance au développement à Djibouti. Le PNUAD identifie quatre priorités stratégiques qui constitueront les principales lignes de coopération du SNU avec le Gouvernement et qui sont directement alignées avec les axes de la SCAPE et liés à des ODD spécifiques, mais qui ont un effet de frappe sur tous les autres ODD de l'agenda 2030, notamment :

- Croissance économique inclusive et durable et réduction de la pauvreté ;
- Renforcement de services sociaux et développement humain inclusif ;
- Renforcement de l'environnement et des institutions responsables de la bonne gouvernance;
- Renforcement de la résilience et promotion du développement régional équitable.

Ces priorités stratégiques se déclinent en huit effets principaux attendus au terme du PNUAD en 2022. Par ailleurs, ce plan s'aligne avec les priorités nationales de développement dont la SCAPE/2015-2019 et les ODD<sup>4</sup>. Le CPD du PNUD pour le cycle 2018 - 20122 est aussi aligné avec le PNUAD.

Le programme, *Soutenir les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose pour renforcer les services de traitement et de soins dans tout le pays*, réponds au deuxième axe stratégique du PNUAD et il va contribuer de manière significative à l'atteinte du produit 3 du même plan, notamment, le renforcement des capacités des services publics et communautaires pour la prévention, la promotion des pratiques familiales essentielles et la prise en charge du VIH, de la Tuberculose et du Paludisme.

Ce programme a été développé par le Comité de Coordination Multisectoriel et Interprétariat (CCMI) de Djibouti, qui inclut la participation des acteurs clés, notamment les représentants de la société civiles, des populations affectées par les maladies, les agences des Nations Unies, le secteur privé et les partenaires bilatéraux présents dans le Pays. Il sera mis en œuvre sur la période allant de juillet 2018 à décembre 2020.

Ce programme a été développé autour des stratégies suivantes :

1. Renforcer l'accès à la prévention et aux soins du VIH et de la TB en intensifiant les services de diagnostic pour les populations les plus vulnérables et celles vivant dans des zones reculées, en mettant en œuvre une stratégie globale de recherche, test, traitement et conservation (RTTR) pour la tuberculose et le VIH ;



2. Renforcer la stratégie DOTS (*Traitement Directement Observé en français*) de qualité en améliorant et en élargissant l'accès au diagnostic et au traitement de la tuberculose pour cibler les patients atteints de MDRTB et les populations à haut risque;
3. Fournir des soins de qualité aux populations touchées, aux PVVIH, y compris aux patients coinfectés par la tuberculose et le VIH, aux patients atteints de TB-MR;
4. Renforcer la coordination et le partenariat opérationnel à tous les niveaux (public, communautaire, parapublic et privé).

Finalement, ce programme vise à consolider les acquis, à combler les lacunes et à assurer la mise à échelle des domaines clés des deux Plans Stratégiques Nationaux (PSN), PSN VIH/Sida 2018 – 2022 et PSN TB 2015 - 2020. Le cadre de performance des deux composantes a été revu à la lumière des données récentes et des recommandations issues des revues à mi-parcours des PSN. Les cibles ont été revues en tenant compte de la performance de la Subvention DJI – C – UNDP pour l'année 2016 et pour le premier semestre 2017, ainsi que des variations au niveau épidémiologique. La couverture des interventions qui seront mises en œuvre est nationale mais avec un investissement plus important au niveau de la ville de Djibouti où se trouve la plupart de la population et de cas des maladies. En principe, les quartiers défavorisés sont privilégiés. Les modules consacrés à des groupes à risque prioritaires tels que les Professionnelles de Sexe (PS) et clients, les Hommes qui ont des relations avec les Hommes (HSH), les jeunes scolarisés n'ont pas été retenus puisque ces groupes sont couverts par les projets d'autres partenaires techniques et financiers (PTF). Toutefois, des cadres de concertation et des interventions coordonnées de prévention auprès des jeunes vulnérables et « potentiels clients » de PS, seront mis en place.

La stratégie transversale adoptée pour les deux composantes VIH et TB est la stratégie « Rechercher, Tester, Traiter et Retenir » (RTTR), en vue de se rapprocher des cibles 90-90-90 et tout en tenant compte des besoins de chaque population. Les thématiques genre et droits humains ont été aussi intégrés d'une façon transversale. Les interventions ont été programmées de manière à assurer la continuité des services, améliorer la couverture par un paquet complet sur les mêmes groupes de population en augmentant les effectifs et de manière décentralisée. A signaler qu'un paquet plus large qu'intègre le dépistage de plusieurs maladies (campagne multi-maladie) sera offert aux populations vulnérables prioritaires pour améliorer l'efficacité et réduire la stigmatisation. Ce paquet sera offert en coordination avec les partenaires et en utilisant les équipes mobiles, le camion mobile, les caravanes et les mini-caravanes. La couverture des populations vulnérables se fera selon une approche géographique ciblée. Afin d'améliorer la couverture des populations prioritaires, notamment le diagnostic et prise en charge des patients, le secteur parapublic et privé seront impliqués ainsi que les communautés. Compte tenu de la réduction très important du budget alloué par le Fonds mondial, une demande de fonds selon la modalité « au-delà », a été envisagée, notamment pour la mise à l'échelle des nouvelles stratégies et approches.

Le tableau ci - bas résume les interventions et les indicateurs clés du programme :

Module / Interventions	Cibles clés	Résultat attendu / Impact
<b>Soins et prévention de la tuberculose : Détection de cas et diagnostic</b>	D'ici 2020, 5664 cas (TTF) seront détectés	Le taux de mortalité de la TB sera stabilisé à 35 par 100,000 habitants.
<b>Soins et prévention de la tuberculose : Traitement</b>	Cibles à être déterminées.	<b>Couverture de traitement de la TB :</b> Le pourcentage de nouveaux cas et rechutes qui ont été notifiés et traités parmi le nombre estimé de cas de TB dans la même année va passer de 78% en 2016 à 90% en 2020
<b>TBMDR Détection de cas et diagnostic : TB-MR</b>	D'ici 2020 178 cas de TBMR seront confirmés	D'ici 2020, la prévalence de TB-RR et/ou TB-MR parmi les nouveaux cas détectés : sera stabilisée à 4.3%



<b>TB-MR Traitement</b>	D'ici 2020 100% des patients TBMR diagnostiqués vont recevoir un traitement de deuxième intention	D'ici 2020, le taux de succès thérapeutique de TB-RR et/ou TB-MR : pourcentage de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multirésistante traités avec succès va passer de 70% à 90%
<b>TB/HIV Collaborative interventions</b>	D'ici 2020 95% des patients TB, testés positifs au HIV, seront mis sous TARV.	Des améliorations dans la prise en charge des patients coinfectés et dans la qualité des services offerts sont attendues.
<b>Prévention de la Transmission mère – enfants</b>	D'ici 2020, 60% de toutes les femmes séropositives recevront un traitement antirétroviral pendant leur grossesse	Le pourcentage des infections chez les enfants séropositifs au VIH devrait être réduit de 13,17% en 2016 à 0,64% en 2020.
<b>Traitement, care and support</b>	D'ici 2020, 48,9% de tous les PVVIH recevront un traitement. D'ici 2020, 90% des patients sous TARV auront une charge virale non détectée.	Le Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral va passer de 94% en 2016 à 95% en 202
<b>HIV Services de dépistage différenciés</b>	D'ici 2020, 75424 personnes seront testées pour le VIH et recevront leurs résultats.	Augmentation progressive du nombre de personnes connaissant leur statut VIH en fonction de la mise en œuvre de la stratégie RTTR.

### III. RÉSULTATS ET PARTENARIATS

#### *Résultats escomptés*

Le programme *Soutenir les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose pour renforcer les services de traitement et de soins dans tout le pays* a trois objectifs principaux :

- Réduire la prévalence de la TB de 25% d'ici 2025;
- Réduire les nouvelles infections à VIH de 50% d'ici 2022;
- Améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes infectées et affectées par les VIH et les agents de comorbidité.

Le programme vise l'attente des produits suivants:

#### **1. Activités de prévention et prise en charge de la tuberculose sensible et multi – résistant réalisées à l'échelle nationale**

##### **Activités clés**

- 1.1 Acquisition des médicaments de première ligne et deuxième ligne pour traiter tous les nouveaux patients diagnostiqués de 2018 à 2020;
- 1.2 Acquisition des réactifs et consommables pour la TB sensible et multi - résistant de 2018 à 2020;
- 1.3 Réalisation de la Journée Mondiale de la TB annuellement de 2018 à 2020;
- 1.4 Renforcement des capacités des relais et leaders communautaires et les ASC à la recherche des cas index (cas contacts) TB et VIH, à travers la mise en œuvre de la stratégie RTTR;
- 1.5 Prise en charge des salaires des personnels impliqués dans les activités de prévention et prise en charge de la Tuberculose au niveau central et périphériques.



## **2. Activités de dépistage, traitement, prise en charge et soutien des PVVS mises en oeuvre à l'échelle nationale**

### **Activités clés**

- 2.1 Acquisition des médicaments de première et deuxième ligne pour les adultes et les enfants de 2018 à 2020;
- 2.2 Acquisition des réactifs et consommables pour le VIH de 2018 à 2020;
- 2.3 Prise en charge des salaires des personnels impliqués dans les activités de prévention et prise en charge de la Tuberculose au niveau central et périphériques;
- 2.4 Formation des médecins référents/sages-femmes/infirmiers des postes de santé et des CSC selon les nouvelles directives de l'OMS et la stratégies de RTTR et la prise en charge pédiatrique. y compris la prise en charge pédiatrique et des IO/ISTA;
- 2.5 Réalisation de la Journée Mondiale pour le VIH annuellement de 2018 à 2020;
- 2.6 Tenue des missions semestrielles de suivi de mise à l'échelle du traitement au niveau de tous les sites de prise en charge;
- 2.7 Recherche des perdus de vue des patients initialement non éligible au traitement et le dépistage volontaire du VIH ainsi que les patients irréguliers;
- 2.8 Tenue des réunions semestrielles de suivi de mise œuvre des activités de mise à l'échelle du traitement avec les responsables des structures de prise en charge ;
- 2.9 Supervisions formatives(1 PLSS, 1 PNLT, 1 médecin et 1 chauffeur) des acteurs intervenants dans la prise en charge VIH/TB dans Djibouti-ville et 5 régions ;
- 2.10 Duplication des outils pour la prise en charge et des support de communication ;
- 2.11 Formation des APS/sage femmes/infirmier sur les outils de communication et l'éducation thérapeutique RTTR-Algorithm-DH;
- 2.12 Prise en charge des coûts de distribution et des stockage pour la CAMME.

## **3. Activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant réalisées à l'échelle nationale**

### **Activités clés**

- 3.1 Acquisition des médicaments pour la PTPE de 2018 à 2020;
- 3.2 Formation des sages-femmes des structures publiques /parapubliques /privé sur le dépistage , la dispensation des ARV et l'accompagnement psychosocial et le DBS du nouveau-nés, la stigmatisation et la discrimination au sein des structures sanitaire Prise en charge des salaires des personnels impliqués dans les activités de prévention et prise en charge de la Tuberculose au niveau central et périphériques;
- 3.3 Tenue d'un atelier de validation des outils de communication;
- 3.4 Renforcement du circuit d'acheminement DBS

## **4. Activités conjointes VIH/TB réalisées à l'échelle nationale**

### **Activités clés**

- 4.1 Tenue de séances pour sensibiliser, informer et éduquer le personnel pénitencier sur les droits des prisonniers et sur la stigmatisation, discrimination et violence basée sur le genre de 2018 à 2020;
- 4.2 Tenue de séances de sensibilisation de la Communauté par le binome sur la prévention de la Tuberculose et du VIH, orientation des tousseurs chroniques et recherche des perdus de vue et contacts (stratégies RTTR);
- 4.3 Tenue d'atelier de concertation et validation de la stratégie RTTR y compris la mise en place du comité de suivi;



- 4.4 Tenue des réunions de coordination avec le secteur parapublic, privé et public sur la stratégie de RTTR ;
- 4.5 Supervision intégrée pour le CQ trimestriellement pour les programmes TB et VIH ;
- 4.6 Missions de suivi -coaching de la prise en charge des CMH vers les 10 postes de santé et évaluation TB VIH

**Ressources nécessaires pour obtenir les résultats escomptés**

Ce programme va être exécuté du 01 juillet 2018 au 30 décembre 2020 et le financement sera assuré par le Fond Mondial de la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Dans le tableau ici – bas, on retrouve le financement par module et intervention.

<b>By Module - Intervention</b>	<b>Year 1</b>	<b>Year 2</b>	<b>Year 3</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Program management - Grant management	392 782	424 834	259 204	1 076 819	21,90%
TB care and prevention - Prevention		9 780	9 780	19 559	0,40%
Treatment, care and support - Treatment monitoring - Viral load	30 971	134 224	160 941	326 136	6,63%
Treatment, care and support - Prevention, diagnosis and treatment of opportunistic infections	5 035	10 605	12 454	28 094	0,57%
Treatment, care and support - Other intervention(s) for treatment	14 988	57 599	57 216	129 803	2,64%
PMTCT - Prong 4: Treatment, care and support to mothers living with HIV, their children and families	10 014	14 156	16 556	40 726	0,83%
TB care and prevention - Treatment	34 346	72 869	116 574	223 789	4,55%
MDR-TB - Treatment: MDR-TB	90 416	93 961	87 359	271 737	5,53%
TB care and prevention - Case detection and diagnosis	282 915	239 651	203 026	725 593	14,76%
Treatment, care and support - HIV care	436 674	651 110	599 201	1 686 985	34,31%
RSSH: Health management information systems and M&E - Program and data quality	27 866	31 899	18 732	78 497	1,60%
TB/HIV - TB/HIV collaborative interventions	10 491	10 491	6 695	27 677	0,56%
MDR-TB - Case detection and diagnosis: MDR-TB	52 563	66 803	67 253	186 620	3,80%
HIV Testing Services - Differentiated HIV testing services	896	26 458	29 027	56 381	1,15%
TB/HIV - Key populations (TB/HIV) - Prisoners	712	712		1 424	0,03%
Prevention programs for adolescents and youth, in and out of school - Behavioral change as part of programs for adolescent and youth	8 452	16 007	2 910	27 368	0,56%
PMTCT - Prong 3: Preventing vertical HIV transmission	1 253	727	1 482	3 462	0,07%
PMTCT - Prong 1: Primary prevention of HIV infection among women of childbearing age		3 503		3 503	0,07%
PMTCT - Prong 2: Preventing unintended pregnancies among women living with HIV	99	1 085		1 184	0,02%
TB/HIV - Collaborative activities with other programs and sectors (TB/HIV)	475	395	198	1 068	0,02%
<b>Total</b>	<b>1 400 948</b>	<b>1 866 870</b>	<b>1 648 606</b>	<b>4 916 424</b>	<b>100%</b>

**Partenariats**



Conformément à la demande de financement élaboré par le CCMI et en accord avec les procédures du Fonds Mondial, ce Project sera exécuté par le PNUD en tant que Récipiendaire Principal (RP) des Subventions du FM. Le PNUD va contracter en qualité de Sous Récipiendaires (SR), les institutions suivantes :

- **Programme National de Lutte contre le Sida, Secteur Santé (PLSS)**, qui va se charger de la coordination de la réponse national de la lutte contre le VIH/Sida. Il va assurer, en collaboration avec le RP, la coordination des interventions du VIH/Sida mises en œuvre dans la Subvention. Il va aussi se charger de la coordination des activités de formation et de supervision en collaboration avec les autres directions du Ministère de la Santé de Djibouti;
- **Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)**, qui va se charger de la coordination de la réponse national de la lutte contre la TB. Il va assurer, en collaboration avec le RP, la coordination des interventions de la TB mises en œuvre dans la Subvention. Il va aussi se charger de la coordination des activités de formation et de supervision en collaboration avec les autres directions du Ministère de la Santé de Djibouti;
- **Direction de la Santé Mère - Enfant**, qui va se charger de la mise en œuvre des activités liées à la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant;
- **Central d'achat des médicaments et matériels essentiels (CAMME)**, qui va se charger du stockage et de la distribution des intrants financés par le Fonds Mondial.

Dans le tableau ci-bas, le résumé des montant par partenaire de mise en œuvre

By Recipients	Year 1	Year 2	Year 3	Total	%
United Nations Development Programme	882 526	1 284 252	1 317 817	3 484 595	71%
PNLT	197 115	202 464	108 548	508 126	10%
PLSS	293 671	332 037	172 540	798 248	16%
DSME	1 069	4 922	970	6 961	0,14%
CAMME	26 567	43 196	48 731	118 494	2%
<b>Total</b>	<b>1 400 948</b>	<b>1 866 870</b>	<b>1 648 606</b>	<b>4 916 424</b>	<b>100%</b>

Par ailleurs, selon l'organigramme du MS, le PNUD va travailler en étroite collaboration avec la Direction des Programmes de Santé Prioritaires (DPSP), qui est en charge de la coordination des actions liées aux trois maladies prioritaires, notamment le Paludisme, le Sida et la Tuberculose, ainsi que le programme de vaccination et les maladies non transmissibles.

Le CCMI de Djibouti, en sa qualité d'instance de coordination nationale va assurer la gouvernance et le suivi stratégique de la subvention notamment avec le récipiendaire principal, les équipes techniques des programmes du Ministère de la Santé et les partenaires au développement. Par ailleurs, le CCMI a aussi identifié un RP national, notamment la Direction de l'Unité de Gestion des Projets du Ministère de la Santé. Le RP national et le PR transitoire devront développer un plan de renforcement des capacités et de transition, afin d'assurer que les responsabilités soient progressivement transmises au RP national.

Ce plan de transfert s'articulera autour de trois axes stratégiques :

- l'accélération de la mise en œuvre efficiente des activités à réaliser sur les subventions ;
- la mise en route accélérée d'un processus de transfert des compétences sur les aspects programmatiques des activités à réaliser dans le cadre des prochaines subventions ;



- le transfert progressif des missions sur la gestion des crédits des subventions, suite à une évaluation périodique et par étapes des capacités de gestion programmatique et financière.

Le CCMI dans le cadre de la coordination générale des subventions et de la direction de ce processus de transfert initiera avec l'ensemble des parties prenantes (Fonds mondial, ministère de la santé et les partenaires au développement) un calendrier déclinant les différentes étapes clés de ce processus.

### ***Coopération Sud-Sud et triangulaire***

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme, le PNUD, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé, le CCMI et les partenaires au développement va rechercher des opportunités de coopération sud – sud avec les Pays de la sous – région afin de rendre plus efficiente la mise en œuvre des activités et assurer le renforcement des capacités des acteurs impliqués.

### ***Connaissance***

Conformément aux procédures du FM, le PNUD devra rapporter semestriellement sur les résultats du programme, notamment à travers le rapportage des indicateurs retenus dans le Cadre de Performance. Par ailleurs, il est prévu de mener une enquête sur l'utilisation des MILDA dans les ménages et des enquêtes pour suivre l'efficacité de l'insecticide. Finalement, le CCMI, à travers la Commission de Suivi stratégique, va suivre l'évolution de la mise en œuvre des subventions et pourra élaborer des recommandations à l'endroit des SR, du RP et des autres acteurs concernés. Le CCMI et le PNUD disposent d'un site web, dans lequel ils pourront publier les données, les résultats atteints, ainsi que tout autre publication concernant le projet.

### ***Durabilité et amplification***

Dans le cadre de cette nouvelle demande de financement FM, le pays a opté pour l'application d'un mécanisme de coordination visant une opérationnalisation efficiente et rationnelle. Les enseignements tirés des subventions précédentes ont permis aux différentes parties prenantes de consolider une architecture et ou configuration inédite pour garantir le suivi de la cohérence affranchi à la riposte organisée autour des trois maladies. Ce mécanisme de coordination s'articule autour de quatre axes stratégiques :

1. Le renforcement et la consolidation de la gouvernance et l'appropriation nationale ;
2. Le renforcement et l'accélération de la mise en œuvre ;
3. Le renforcement de l'engagement national et l'environnement favorable afin de garantir la pérennisation des acquis et performances ;
4. La mobilisation des ressources additionnelles pour couvrir les gaps programmatiques prioritaires.

---

## **IV. GESTION DU PROJET**

Le PNUD Djibouti va travailler avec les partenaires nationaux, l'instance de coordination nationale et le Fonds mondial pour améliorer la gestion, la mise en œuvre et le suivi des Subventions, tout en développant les capacités nationales, afin que les institutions gouvernementales et/ou les entités locales puissent assumer le rôle de PR. À cet effet, les principes clés du prochain cycle de financement seront les suivants :

- **Renforcer la pérennité** en réduisant le nombre d'employés internationaux et former le personnel national pour assumer les rôles et les responsabilités. Dans l'annexe 1, vous trouverez ci-joint les organigrammes pour la période de mise en œuvre actuelle et pour le prochain cycle de financement et dans l'annexe 2 le tableau résumant les coûts de l'UGP ;



- **Développer les capacités** des entités nationales qui vont prendre en charge la gestion des projets du Fonds mondial dès que les circonstances le permettront. Le PNUD va donner priorité au renforcement de la gestion financière des SR et du PR national ;
- **Renforcer la qualité des politiques** et des programmes de travail du Fonds mondial, à tous les niveaux, conformément au rôle du PNUD en tant que co-sponsor de l'ONUSIDA et des mandats fondamentaux et du PNUD en matière de gouvernance et de renforcement des capacités. Cela inclut (i) la promotion de l'inclusion des initiatives en faveur des droits de l'homme et de l'égalité des sexes dans les subventions du Fonds mondial, et (ii) la garantie que le financement va atteindre les populations clés.

A cet effet, UNDP va mettre en place une Unité de Gestion des Projets (UGP), qui sera placée sous la supervision directe du Représentant Résident Adjoint du bureau pays du PNUD à Djibouti et assurera la supervision de la mise en œuvre des subventions et veillera en étroite collaboration avec les autorités nationales, le CCMI et le FM au respect des trois principes directeurs énoncés en haut.

L'unité sera dirigée par un coordinateur de projet international, avec une expérience de longue date dans la gestion de projets de programmes de santé et une expérience solide du GF. La personne va superviser trois unités, à savoir les finances, l'approvisionnement et le S& E. Le coordinateur du projet devra :

- Assurer une gestion efficace des programmes financés par le Fonds mondial ;
- Créer des partenariats stratégiques et soutenir la mobilisation des ressources ;
- Fournir des conseils stratégiques et d'orientations techniques ;
- Assurer l'orientation et le renforcement des capacités et la facilitation du partage des connaissances.

1. **Unité des finances** L'unité des finances sera dirigée par un chargé des opérations recruté au niveau P3 avec une solide expérience en gestion financière et d'approvisionnement du PNUD, qui sera basé au PNUD et qui va contribuer au renforcement des capacités des homologues nationaux sur la gestion financière. Ce poste **sera entièrement financé par le bureau du PNUD.**

Sous la supervision du chargé des opérations, le PNUD, sous financement du FM, va recruter un responsable financier en tant que UNV International et deux assistants aux finances qui vont travailler aussi bien sur la mise en œuvre de la subvention, que sur les aspects de renforcement des capacités.

Cela va inclure:

- La formation du personnel au niveau gouvernemental ;
  - L'établissement des procédures et d'un mécanisme pour une gestion financière solide ;
2. **Unité PSM** : Cette unité sera dirigée par un pharmacien, recruté en tant que UNV International, spécialiste GAS. Cette personne va travailler en étroite collaboration avec la CAMME, afin d'améliorer la gestion et le suivi des stocks, ainsi qu'avec tous les acteurs clés, impliqués dans les aspects GAS. Cette unité sera appuyée par un expert senior en GAS, qui va effectuer des missions dans le Pays. Cet appui sera financé par le bureau du PNUD en charge du partenariat avec le Fonds Mondial à Genève.
  3. **Unité S&E** : Cette unité sera dirigée par un expert en santé publique, qui va :
    - Accompagner la mise à l'échelle des trois programmes ;
    - Appuyer les programmes dans la mise en œuvre des formations pour les prestataires de santé et le personnel au niveau central en suivi et évaluation ;
    - Renforcer les capacités des SR et du PR national en Suivi et Evaluation ;

Sur la base des justifications présentées ci-dessus, cette structure contribuera à renforcer les capacités des homologues nationaux, tout en continuant à s'appuyer sur les résultats obtenus. Par ailleurs, compte tenu des engagements avec le Ministère de la Santé et le Fonds Mondial,



l'unité de gestion va travailler pendant trois jours par semaine dans les locaux du PR national identifié et les restants deux jours au PNUD.

Finalement, en Annexe 1, on retrouve un résumé des organigrammes de la PMU pour la période juillet 2018 – décembre 2020. Pendant les premiers deux ans de mise en œuvre, notamment de juillet 2018 à juin 2020, la PMU en charge de la gestion des subventions sera composée par deux staff internationales expérimentés dans la gestion des subventions et dont leur focus principal sera le renforcement des capacités des institutions nationales, tout en assurant la gestion des deux subventions. Par ailleurs, une partie du coût du responsable financier du projet sera pris en charge par le bureau du PNUD. Le reste de l'équipe sera composée par du staff national, notamment deux assistants administratif et financier, un pharmacien national, un assistant à l'approvisionnement et deux chauffeurs. Finalement, un expert en santé publique national sera recruté pour accompagner les programmes nationaux dans la mise en œuvre des stratégies de contrôle de la maladie. Finalement, lors des derniers six mois de mise en œuvre, l'équipe sera réduite davantage avec un seul staff international.

Conformément à l'organigramme du bureau, la PMU est sous la supervision de la Représentante Résidente Adjointe du PNUD et bénéficie de l'appui d'une équipe d'experts du PNUD dans les différents domaines d'interventions, basée à Genève.

A des fins de budgétisation et conformité avec les règles et les procédures du PNUD, la budgétisation du personnel est faite sur la base des coûts proforma dont l'organisation dispose pour chaque niveau (notamment P3, P4, etc.) et qui sont disponibles sur le site web du PNUD. Toutefois, il est important de signaler que des économies se dégagent en fonction du coût réel de la personne. A cet effet, ces économies seront réallouées, après demande au Fonds Mondial, pour le financement de tout activité ou poste clés.

#### **A. Stratégie de développement des capacités**

Le PNUD, en tant que PR intérimaire, a pour mandat de renforcer les capacités nationales de contreparties gouvernementales identifiées (principalement le MS et ses programmes nationaux de lutte contre les maladies), afin qu'ils puissent gérer les programmes lorsque le PNUD va les transférer au PR national sélectionné. En outre, tout en renforçant la capacité de contrepartie nationale, le PNUD en tant que PR est responsable de la mise en œuvre et du contrôle (finances, suivi et évaluation, gestion de la PSM et de la RS) des subventions du FM.

Par ailleurs, en consultation avec la CCMI, le PNUD a élaboré un plan de développement des capacités d'un montant total de 3,8 millions américains. Dans le cadre du dit plan, le PNUD a recruté 5 assistances techniques internationales détachées auprès du Ministère de la Santé C'est dans le cadre de ce plan que le PNUD a appuyé le MS dans le renforcement des capacités, notamment à travers :

- le lancement du DHIS2 pour le renforcement du système d'information sanitaire ;
- le renforcement de la riposte aux trois maladies, Paludisme, TB et VIH;
- la lutte anti – vectorielle, y compris la surveillance entomologique au sein de l'Institut de Santé Publique ;
- le renforcement des compétences techniques des agents de santé, à travers les formations.

L'aperçu du nouveau cycle de financement soumis par la CCMI au FM reflète le fait que le pays vise à élargir l'accès aux services pour les personnes vivant dans les zones les plus reculées et les plus vulnérables. En effet, la demande VIH / TB se concentre sur la décentralisation des services de diagnostic et de traitement jusqu'aux postes de santé, à travers la mise en œuvre des actions suivantes :

- Adoption de la stratégie TTR ;
- Élargir le diagnostic de la tuberculose et du VIH à l'échelle nationale, y compris le TBMDR et la PTME ;
- Elargir l'accès au traitement et aux soins pour les enfants ;
- Intégration du secteur privé et parapublic dans la lutte contre la tuberculose et le VIH.



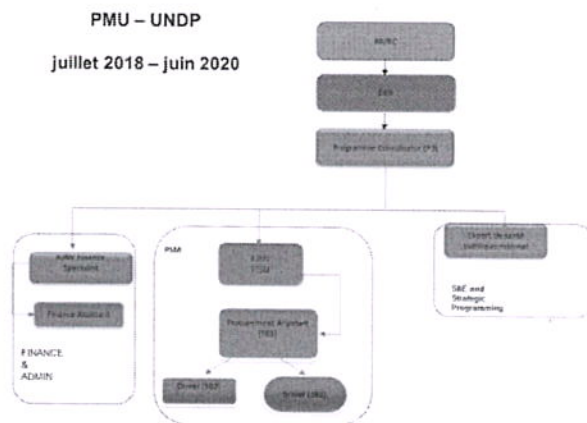
En ce qui concerne le programme paludisme, le Ministère de la Santé entreprendra des activités de PID pour la première fois dans le pays et étendra la prestation des services de santé à la communauté et l'accès au diagnostic et au traitement dans les postes de santé à tous les niveaux du Système de Santé National.

Cette expansion des services nécessitera une étroite collaboration de la part des partenaires techniques et financiers et plus particulièrement du PNUD.

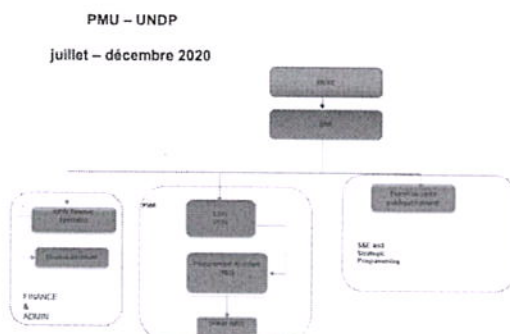
En considération de la réduction significative de l'allocation pour Djibouti, le Ministère de la Santé et le PNUD, sous l'égide du CCMI, vont revoir le plan de renforcement de capacités existant, afin de prioriser les interventions. Aussi, la stratégie de développement des capacités est financée et devient réalisable. Finalement, le PNUD pourra appuyer le Ministère de la Santé et le CCMI dans la mobilisation de ressources additionnelles, le cas échéant.

## Annex 1 - PMU Organigrammes

### 1.a PMU Organigramme juillet 2018 – juin 2020



### 1.b PMU Organigramme juillet – décembre 2020





## Annex 2 - PMU Coûts (cycle de financement juillet 2018 – décembre 2020)

N° de la ligne budgétaire	Module	Intervention	Description de l'activité	Élément de coût	Année 1	Année 2	Année 3	TOTAL
144	Gestion de programme	Gestion de subvention	Salaire du personnel de l'Unité de Gestion du Récepteur Principal	1.1 Salaires - gestion du programme	426 831,03	454 569,53	22 542,96	903 943,53
145	Gestion de programme	Gestion de subvention	Assurer des missions de supervision PR (5 days visit per quarter for three PR staff)	2.3 Indemnités journalières liés à la supervision/enquête /collecte de	2 237,29	2 237,29	1 118,64	5 593,22
147	Gestion de programme	Gestion de subvention	Frais de fonctionnement de l'Unité de Gestion du PR	11.1 Coûts liés au bureaux	12 429,00	12 429,00		24 858,00
148	Gestion de programme	Gestion de subvention	Frais de fonctionnement de l'Unité de Gestion du PR	11.4 Autres coûts liés à la gestion du programme	27 562,60	27 562,60	10 582,15	65 707,35
149	Gestion de programme	Gestion de subvention	Frais de fonctionnement de l'Unité de Gestion du PR	9.4 Coûts de maintenance des équipements non sanitaire	6 802,26	6 802,26	850,28	14 454,80
<b>TOTAL</b>					<b>475 862,18</b>	<b>503 600,68</b>	<b>35 094,04</b>	<b>1 014 556,90</b>

## Annexe 3. Tableau comparatif des coûts de la PMU

Allocation	Période de mise en oeuvre	TOTAL	HR Coûts		Coûts opérationnels		Commentaires
		USD	USD	%	USD	%	
NFM TB/HIV et Malaria	2016 – 2017	16,418,831	1,686,000	10%	339,672	2%	L'allocation pour la nouvelle période a été réduite de 52%
New Funding Request HIV/TB et Malaria	2018	7,300,000	426 831,03	6%	49,031.15	0,7%	En comparant les coûts RH et opérationnels, il y a une réduction de 70% sur les deux rubriques
	2019		454 569,53	6%	49,031.15	0.7%	
	2020		22 542,96	0.3%	12,551.07	0.002%	



---

## V. CADRE DE RÉSULTATS<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Le PNUD publie des informations sur ses projets (indicateurs, situations de référence, cibles et résultats) pour respecter les normes de l'Initiative internationale pour la transparence de l'aide (IITA). On veillera à employer des indicateurs SMART (spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et limités dans le temps), à fournir des situations de référence précises et des cibles reposant sur des données fiables et sur des preuves crédibles. On évitera aussi les acronymes de manière à ce que le public externe comprenne clairement les résultats du projet.



**Effet visé tel qu'il est énoncé dans le PNUAD/Cadre de ressources et de résultats du Programme Pays:**

L'accès aux services sociaux de base des populations et des groupes les plus vulnérables en particulier est amélioré

**Indicateurs d'effet tels qu'ils figurent dans le Cadre de ressources et de résultats du Programme Pays y inclus la situation de référence et les cibles :**  
Les capacités et les systèmes d'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH, de la tuberculose sont renforcés

1. Proportion des femmes enceintes séropositive qui sont sous traitement ARV, Baseline : 48.9%, Cible : 60%
2. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral : Baseline : 32% ; Cible : 48.9%
3. Proportion des personnes vivants avec le VIH qui sont traité pour la TB/VIH, Baseline : 76.3%, Cible : 95%

Data sources: Global AIDS Response Progress report (GARP), National AIDS Programme report (PLSS), National TB Programme report

**Produit(s) applicable(s) du Plan stratégique du PNUD :**

Intitulé et numéro Atlas du projet :

PRODUITS ESCOMPTÉS	INDICATEURS DE PRODUIT <sup>2</sup>	SOURCE DES DONNÉES	SITUATION DE RÉFÉRENCE		CIBLES (par fréquence de recueil des données)			MÉTHODES DE RECUEIL DES DONNÉES ET RISQUES Y RELATIFS
			Valeur	Année	Juillet-Décembre 2018	Janvier-Décembre 2019	Janvier-Décembre 2020	
<b>Produit 1</b> Activités de prévention et prise en charge de la tuberculose sensible et multi – résistant réalisées à l'échelle nationale (G3) ;	TCP-1(M): Nombre de cas déclarés de tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récurrences  TCP-2(M): Taux de succès thérapeutique- toutes formes confondues; Pourcentage de cas de TB, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et diagnostiqués cliniquement, traités avec succès (guéris et traitement terminé) parmi tous les cas de TB ayant commencé le traitement pendant une période déterminée, nouveaux cas et récurrences	Rapport PNL T    ND	2523	2016	1134	2269	2261	Cet indicateur est renseigné via la routine, à travers le système d'information sanitaire.   Le taux de succès n'était rapporté que pour les patients bactériologiquement confirmés. Le PNL T compte s'aligner à la définition de l'indicateur et les données seront collectées pour tous les nouveaux cas. De ce fait, la baseline de l'indicateur sera définie à partir des résultats de la cohorte de 2016 et les cibles des prochaines années seront fixées à partir de la baseline.
	MDR TB-2(M): Nombre de cas de tuberculose, résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multirésistante confirmés	Rapport PNL T	71	2016	36	72	70	Cet indicateur est renseigné via la routine, à travers le système d'information sanitaire.







## VI. SUIVI ET ÉVALUATION

Conformément aux politiques et procédures de programmation du PNUD, le projet fera l'objet d'un suivi selon les plans de suivi et d'évaluation ci-dessous :  
 [NB : les plans de suivi et d'évaluation doivent être adaptés au contexte du projet, ainsi qu'il conviendra].

### Plan de suivi

Activité de suivi	Objet	Fréquence	Action prévue	Partenaires éventuels	Coût éventuel
<b>Suivre les progrès vers les résultats</b>	Recueillir et analyser les données sur les progrès par rapport aux indicateurs de résultats du RRF afin de déterminer les progrès du projet vers l'obtention des produits convenus.	Trimestrielle pour les sous-récepteurs (PNLP, INSPD et la CAMME) et semestrielle du PNUD vers le Fonds Mondial à travers le PU.	Intervention de la direction du projet en cas de progrès plus lents que prévus.	SRs (PLS-S, PNL, DSME et la CAMME), PNUD et FM	
<b>Suivre et gérer les risques</b>	Identifier les risques spécifiques susceptibles de menacer l'atteinte des résultats prévus. Identifier et suivre les mesures de gestion des risques au moyen d'un registre des risques. Ceci comprend les mesures et les plans de suivi qui ont pu être requis selon les normes sociales et environnementales du PNUD. Des audits seront réalisés conformément à la politique d'audit du PNUD pour gérer les risques financiers.	Semestrielle	La direction du projet identifie les risques et prend des mesures de gestion de ces risques. Elle veille à la tenue et à l'actualisation du registre des risques pour assurer le suivi des risques repérés et des mesures prises.	PNUD et CCMI	
<b>Apprendre</b>	Les connaissances, les bonnes pratiques et les enseignements seront dégagés périodiquement des activités du projet ainsi que recherchés activement auprès d'autres projets et de partenaires puis réintégrés dans le projet.	Annuelle	L'équipe du projet dégage les leçons appropriées et en tient compte pour éclairer les décisions de gestion.	PNUD, SRs et CCMI	
<b>Assurance qualité du projet</b>	La qualité du projet sera évaluée par rapport aux normes de qualité du PNUD	Annuelle	La direction du projet examine les forces et les faiblesses du	PNUD	



				projet et en tient compte pour éclairer ses décisions et améliorer les performances du projet.		
<b>Revoir et Prendre des mesures correctives</b>	pour repérer les forces et les faiblesses du projet et pour éclairer la prise de décisions de gestion afin d'améliorer le projet.	Revue interne des données et des preuves issues de toutes les actions de suivi afin d'éclairer la prise de décisions.	Annuelle	Les données sur les performances, les risques, les leçons et la qualité font l'objet d'un examen du comité de pilotage et sont utilisées pour prendre des mesures correctives.	PNUD, SRs et le CCMI	
<b>Rapport du projet</b>	Il sera présenté au comité de pilotage du projet et aux parties prenantes clés un rapport d'avancement qui comprendra les données sur les résultats obtenus au regard des cibles annuelles prédéfinies au niveau des produits, le résumé d'évaluation annuel de la qualité du projet, un registre des risques actualisé avec indication des mesures d'atténuation et tous les rapports d'évaluation et de revue établis au cours de la période considérée.		Semestrielle pour le PU et Annuelle pour le PUDR		PNUD, CCMI	
<b>Revue du projet (comité de pilotage)</b>	Le mécanisme de gouvernance du projet (comité de pilotage) effectuera des revues périodiques du projet pour en évaluer la performance et examiner le Plan de travail pluriannuel afin de garantir le réalisme des budgets pour la durée du projet. La dernière année du projet, le comité de pilotage effectue une revue du projet pour dégager les leçons à retenir, examiner les possibilités d'amplification d'échelle et diffuser les résultats et les enseignements à retenir du projet auprès des publics concernés.		Annuelle	Il convient que le comité de pilotage examine toutes les préoccupations relatives à la qualité et à la lenteur de l'avancement du projet et que des mesures de gestion soient prises pour traiter les problématiques mises en évidence.	PNUD, CCMI	



### Plan d'évaluation<sup>3</sup>

Titre de l'évaluation	partenaires (éventuels)	Produit associé du plan stratégique	Effet du PNUAD/DPP	Date d'achèvement prévue	Parties prenantes clés de l'évaluation	Coût et source du financement
Ex. : Évaluation à mi-parcours						

---

<sup>3</sup> Facultatif, selon les besoins

**VII. PLAN DE TRAVAIL PLURIANNUEL**

By Module	Q1	Q2	Q3	Q4	Year 1	Q5	Q6	Q7	Q8	Year 2	Q9	Q10	Year 3	Total	%
Program management	279 555	32 288	41 990	38 948	392 782	314 091	37 353	36 810	36 581	424 834	221 883	37 321	259 204	1 076 819	22%
TB care and prevention	239 621	24 128	29 384	24 128	317 261	249 916	24 128	24 128	24 128	322 300	305 252	24 128	329 380	968 941	20%
Treatment, care and support	304 843	60 666	61 079	61 079	487 667	670 715	61 079	60 666	61 079	853 538	765 595	64 217	829 812	2 171 018	44%
PMTCT	10 297	1 069			11 366	19 137	334			19 471	17 067	970	18 037	48 874	1%
MDR-TB	135 168	408	6 996	408	142 980	152 953	408	6 996	408	160 765	147 616	6 996	154 612	458 356	9%
RSSH: Health management information systems and M&E	6 583	6 583	7 350	7 350	27 866	9 366	9 366	6 583	6 583	31 899	9 366	9 366	18 732	78 497	2%
TB/HIV	2 076	4 895	1 997	2 709	11 678	5 607	1 997	1 997	1 997	11 599	4 895	1 997	6 892	30 169	1%
HIV Testing Services	896				896	26 458				26 458	29 027		29 027	56 381	1%
Prevention programs for adolescents and youth, in and out of school	5 542			2 910	8 452	2 278	10 819			16 007	2 910		2 910	27 368	1%
<b>Total</b>	<b>984 583</b>	<b>130 038</b>	<b>148 796</b>	<b>137 531</b>	<b>1 400 948</b>	<b>1 450 519</b>	<b>145 484</b>	<b>137 180</b>	<b>133 686</b>	<b>1 866 870</b>	<b>1 503 611</b>	<b>144 995</b>	<b>1 648 606</b>	<b>4 916 424</b>	<b>100%</b>

By Cost Grouping	Q1	Q2	Q3	Q4	Year 1	Q5	Q6	Q7	Q8	Year 2	Q9	Q10	Year 3	Total	%
1.0 Human Resources (HR)	289 180	97 818	97 818	97 818	582 634	289 180	97 818	97 818	97 818	582 634	193 499	97 818	291 317	1 456 586	30%
2.0 Travel related costs (TRC)	9 068	13 196	19 894	16 927	59 084	29 264	14 406	18 715	15 449	77 834	25 503	24 768	50 271	187 190	4%
3.0 External Professional services (EPS)	5 542				5 542									5 542	0%





## VIII. MODALITÉS DE GOUVERNANCE ET DE GESTION

### 1.1. Modalités de la mise en œuvre

Le CCMI de Djibouti, en sa qualité d'instance de coordination nationale, est un élément essentiel du partenariat avec le Fonds mondial. Il a pour mission de coordonner l'élaboration et la soumission des demandes de financements du pays, de désigner le récipiendaire principal, d'assurer le suivi stratégique de la mise en œuvre des subventions approuvées, d'approuver les demandes de reprogrammation et d'assurer les liens et la cohérence entre les subventions du Fonds mondial et les autres programmes de développement initiés au niveau national. D'un aspect pratique, le suivi stratégique dès l'élaboration de la demande de financement, des étapes de négociations et de la mise en œuvre effective des subventions est considéré comme une des fonctions essentielles des instances de coordination nationale. C'est dans cette optique, que le CCMI assure la gouvernance et le suivi stratégique de ce programme notamment avec le récipiendaire principal, les équipes techniques des programmes du Ministère de la Santé et les partenaires au développement.

Au vu de la situation particulière du pays (politique de sauvegarde établissant des dispositions d'assurance financière et de mise en œuvre des subventions), et tout en considérant les avancées considérables réalisées en matière d'appropriation et de mise en œuvre des activités, le CCMI a décidé de maintenir l'actuel récipiendaire principal, à savoir, le PNUD pour une période transitoire. Cette période transitoire est effective pour les demandes de financement 2018-2020.

#### 1. Le plan de transfert des compétences

Par le passé, un plan de transfert des compétences a été initié et était destiné au renforcement des capacités des entités nationales afin de garantir non seulement une utilisation optimale des ressources du Fonds mondial et un impact sur la santé, mais également favoriser la reprise en main au niveau national de la gestion effective des subventions allouées.

Par ailleurs, sur la base des nouvelles allocations allouées au pays, qui connaissent une baisse substantielle par rapport aux précédentes, les entités nationales et plus particulièrement le ministère de la santé se proposaient d'engager une stratégie de gestion des ressources en apportant des modifications majeures aux modalités de gestion financière des subventions du Fonds mondial.

Il conviendra de rappeler que le PNUD assure le rôle de Récipiendaire principal depuis 2012 et ce pour une période dite transitoire.

A ce jour, des efforts encourageants de consolidation des acquis et de renforcement des capacités des ressources nationales ont été opérés par le PNUD permettant ainsi de créer les compétences nécessaires pour envisager une reprise de main effective et progressive.

Sous l'égide de l'instance de coordination nationale, et en collaboration étroite avec le Fonds mondial, le ministère de la santé et les partenaires au développement, un nouveau dispositif de transfert des compétences est proposé lors de la mise en œuvre des subventions actuelles et futures.

Ce plan de transfert s'articulera autour de trois axes stratégiques :

- L'accélération de la mise en œuvre efficiente des activités à réaliser sur les subventions en cours et ce d'ici fin décembre 2017. Avec un renforcement des équipes de mise en œuvre, des compétences et profils ;
- La mise en route accélérée d'un processus de transfert des compétences sur les aspects programmatiques des activités à réaliser dans le cadre des prochaines subventions ;
- Le transfert progressif des missions sur la gestion des crédits des subventions, suite à une évaluation périodique et par étapes des capacités de gestion programmatique et financière.

Le CCMI dans le cadre de la coordination générale des subventions et de la direction de ce processus de transfert initiera avec l'ensemble des parties prenantes (Fonds mondial, ministère de la santé et les partenaires au développement) un calendrier déclinant les différentes étapes clés de ce processus.





---

## IX. CADRE JURIDIQUE

Le présent Document de projet est l'instrument défini à l'article 1 de l'Accord de base type en matière d'assistance (« SBAA ») entre le gouvernement de [pays] et le PNUD, signé le [date]. Toutes les références faites dans le SBAA à « l'Organisation chargée de l'exécution » sont réputées faire référence au « Partenaire de réalisation ».

Le présent projet sera réalisé par [nom de l'organisme] (« Partenaire de réalisation ») conformément à ses réglementations financières, règles, pratiques et procédures, seulement dans la mesure où elles ne contreviennent pas aux principes du Règlement financier et des Règles de gestion financière du PNUD. Lorsque la gouvernance financière d'un Partenaire de réalisation ne prévoit pas les mesures nécessaires pour garantir le meilleur rapport qualité/prix, l'équité, l'intégrité, la transparence et une concurrence internationale effective, c'est la gouvernance financière du PNUD qui s'applique.

---

## X. GESTION DES RISQUES

### Option b. PNUD (modalité de réalisation directe - DIM)

1. Le PNUD, en qualité de Partenaire de réalisation, respectera les politiques, procédures et pratiques du Système de gestion de la sécurité des Nations Unies (UNSMS).
2. Le PNUD, en qualité de Partenaire de réalisation, déploiera tous les efforts raisonnables pour faire en sorte qu'aucuns des [fonds du projet]<sup>4</sup> [fonds du PNUD reçus en vertu du Document de projet]<sup>5</sup> ne soient utilisés pour financer des personnes physiques ou morales associées au terrorisme et à ce que les bénéficiaires de toute somme remise par le PNUD dans le cadre de ces dispositions ne figurent pas sur la liste administrée par le Comité du Conseil de sécurité établie en vertu de la résolution 1267 (1999) du Conseil, laquelle liste peut être consultée à [https://www.un.org/sc/suborg/fr/sanctions/1267/ag\\_sanctions\\_list](https://www.un.org/sc/suborg/fr/sanctions/1267/ag_sanctions_list). Cette disposition doit figurer dans tous les sous-contrats ou sous-accords conclus au titre du présent Document de projet.
3. La durabilité sociale et environnementale du projet sera favorisée par l'application des normes du PNUD en la matière (<http://www.undp.org/ses>) et du mécanisme de responsabilisation connexe (<http://www.undp.org/secu-srm>).
4. Le PNUD, en qualité de Partenaire de réalisation : a) mènera les activités liées au projet et au programme en accord avec les normes du PNUD en matière sociale et environnementale, b) mettra en œuvre tout plan de gestion ou d'atténuation élaboré pour le projet ou programme en conformité avec ces normes, et c) s'emploiera de manière constructive et opportune à répondre à toute préoccupation et plainte émise par le biais du mécanisme de responsabilisation. Le PNUD veillera à ce que les communautés et autres parties prenantes au projet soient informées du mécanisme de responsabilisation et y aient accès.
5. Tous les signataires du Document de projet sont tenus de coopérer de bonne foi à toute activité d'évaluation des engagements ou de respect des normes sociales et environnementales du PNUD en rapport avec le programme ou projet. Ceci inclut l'octroi de l'accès aux sites du projet au personnel correspondant et aux informations et à la documentation.
6. Le PNUD, en qualité de Partenaire de réalisation, veillera à ce que les obligations suivantes soient opposables à chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire :
  - a. Conformément aux dispositions de l'Article III du SBAA [ou des Dispositions supplémentaires du Document de projet], la responsabilité de la sécurité de chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire et de son personnel et de ses biens, et des biens du PNUD dont lesdits partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire ont la garde, relève desdits partie

---

<sup>4</sup> À inclure lorsque le PNUD est le Partenaire de réalisation

<sup>5</sup> À inclure lorsque les Nations Unies ou un fonds/programme ou une institution spécialisée de l'Organisation est le Partenaire de réalisation.



responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire. À cette fin, chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire :

- i. met en place un plan de sécurité et veille à son administration, compte tenu de la situation en matière de sécurité dans le pays où le projet est réalisé;
  - ii. assume tous les risques et toutes les responsabilités liés à la mise en œuvre de sa sécurité respective et assure la mise en œuvre complète du plan de sécurité.
- b. Le PNUD se réserve le droit de vérifier si un tel plan est en place et de suggérer que des modifications y soient apportées si nécessaire. Le défaut de mise en place et de mise en œuvre d'un plan de sécurité approprié tel que requis en vertu du présent document sera réputé constituer un manquement aux obligations de la partie responsable, du sous-traitant et du sous-bénéficiaire au titre du présent Document de projet.
  - c. Chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire prendra des mesures appropriées de prévention du mésusage des fonds, de la fraude ou de la corruption du fait de ses personnels officiels, des consultants, des parties responsables, des sous-traitants et des sous-bénéficiaires dans la réalisation du projet ou du programme ou dans l'emploi des fonds du PNUD. Elle/il veillera à ce que ses politiques de gestion financière et de lutte contre la corruption et la fraude soient en place et appliquées pour tous les financements reçus provenant du PNUD ou acheminés par l'intermédiaire de celui-ci.
  - d. Les exigences énoncées dans les documents suivants en vigueur à la date de la signature du Document de projet s'appliquent à chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire : a) la Politique du PNUD en matière de fraude et autres pratiques de corruption et b) les Directives relatives aux enquêtes du Bureau de l'audit et des enquêtes du PNUD. Chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire accepte les exigences énoncées dans les documents ci-dessus, qui font partie intégrante du présent Document de projet et sont disponibles en ligne à [www.undp.org](http://www.undp.org).
  - e. Au cas où il s'impose de procéder à une enquête, le PNUD enquêtera sur tout aspect de ses projets et programmes. Chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire y accordera sa pleine coopération, notamment en mettant à disposition le personnel et la documentation appropriée et en accordant l'accès à ses locaux (et à ceux de ses consultants, sous-traitants et sous-bénéficiaires) à ces fins, à des heures et dans des conditions raisonnables ainsi que peut l'exiger l'objet de l'enquête. Au cas où l'exécution de cette obligation serait sujette à une limite, le PNUD consulte la partie responsable, le sous-traitant et le sous-bénéficiaire concernés pour trouver une solution.
  - f. Chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire informeront promptement le PNUD, en qualité de Partenaire de réalisation, de tout éventuel emploi inapproprié de fonds ou d'allégation crédible de fraude ou de corruption en respectant dûment la confidentialité de cette information.

Lorsqu'elle/il a connaissance de ce qu'un projet ou une activité du PNUD fait, en tout ou en partie, l'objet d'une enquête suite à des allégations de fraude/corruption, chaque partie responsable, sous-traitant et sous-bénéficiaire en informeront le représentant résident/chef de bureau du PNUD, qui en informera promptement le Bureau de l'audit et des enquêtes (OAI) du PNUD. Elle/il fournira des informations périodiques au responsable du PNUD dans le pays et à l'OAI sur le statut de ladite enquête et sur les actions y afférentes.

*Option 1* : Le PNUD aura droit à un remboursement de la part de la partie responsable, du sous-traitant ou du sous-bénéficiaire de tous les fonds fournis qui ont été employés de manière inappropriée, notamment par fraude ou corruption, ou versés d'autre manière de façon non conforme aux dispositions du Document de projet. Cette somme pourra être déduite par le PNUD de tout paiement dû à la partie responsable, au sous-traitant ou au sous-bénéficiaire au titre du présent accord ou de tout autre. Le recouvrement de cette somme par le PNUD ne diminue pas ni ne limite les obligations de la partie responsable, du sous-traitant ou du sous-bénéficiaire au titre du présent Document de projet.

Lorsque ces fonds n'ont pas été remboursés au PNUD, la partie responsable, le sous-traitant ou le sous-bénéficiaire convient que les donateurs du PNUD (notamment le gouvernement) dont le financement est la source, en tout ou en partie, des fonds attribués aux activités

figurant dans le présent Document de projet, peuvent se retourner contre elle/lui pour recouvrer tous fonds dont il a été déterminé par le PNUD qu'ils ont été employés de manière inappropriée, notamment par fraude ou corruption, ou versés d'autre manière de façon non conforme aux dispositions du Document de projet.

N.B.: Le terme « Document de projet » employé dans la présente clause est à interpréter comme incluant tout accord subsidiaire pertinent au titre du présent Document de projet, et notamment les accords avec les parties responsables, sous-traitants et sous-bénéficiaires.

- g. Chaque contrat émis par la partie responsable, le sous-traitant ou le sous-bénéficiaire en rapport avec le présent Document de projet doit comporter une disposition selon laquelle il ne saurait être accordé, reçu ou promis de redevances, gratifications, rabais, cadeaux, commissions ni autres paiements, si ce n'est ceux qui figurent dans la proposition, en rapport avec le processus de sélection ou de réalisation du contrat, et prévoyant que le bénéficiaire de fonds de la partie responsable, du sous-traitant ou du sous-bénéficiaire est tenu de coopérer avec toute enquête et tout audit après paiement quels qu'ils soient..
- h. Au cas où le PNUD s'adresserait aux autorités nationales compétentes pour entamer des actions juridiques appropriées concernant toute faute présumée en rapport avec le projet ou programme, le gouvernement veillera à ce que lesdites autorités nationales enquêtent activement sur l'affaire et prennent des mesures juridiques appropriées à l'encontre de toutes les personnes dont il aura été déterminé qu'elles ont participé à la commission de la faute, recouvrent les fonds et rendent tous les fonds recouvrés au PNUD.
- i. Chaque partie responsable, sous-traitant ou sous-bénéficiaire est tenu(e) de veiller à ce que toutes ses obligations énoncées dans la présente section à la rubrique « gestion des risques » soient transférées à ses sous-traitants et sous-bénéficiaires et à ce que toutes les clauses de la présente section intitulées « clauses standard de gestion des risques » soient reproduites ainsi qu'il convient, *mutatis mutandis*, dans tous ses sous-contrats ou sous-accords conclus suite au présent Document de projet.



---

## **XI. ANNEXES**

- 1. Annexe : Analyse des risques**
- 2. Annexe : TdR de la supervision du PR et outils**

Annexe – Analyse des risques

#	Description	Date Identified	Type	Impact & Probability	Countermeasures / Mngt response	Owner	Submitted, updated by	Last Update	Status
1	Duplication des actions par manque de coordination structurée de l'aide au développement pour le secteur de la santé	01/07/2018	Strategic	Probabilité 2 Impact 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place du Groupe Partenaire de Santé;</li> <li>Réunions mensuelles JUNTA limitée au VIH/SIDA;</li> <li>Mise en place du haut Conseil de l'Aide au Développement (MEFIP et MAECI);</li> <li>Renforcement des plateformes du CCMi</li> </ul>	Direction du PNUD, CCMi	N/A	N/A	N/A
2	Non-respect des délais de transmission de rapports de progrès semestriels et d'activités (promptitude et complétude) dû au retard de transmission des rapports des SR et à la faible capacité du système d'information de produire des données de qualité (Retard des PUDR)	01/07/2018	Operational	Probabilité 4 Impact 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accélérer la mise en place du DHIS2</li> <li>Envisager un système vertical de collecte active des données</li> <li>Formation des SR sur le format de rapportage</li> </ul>	SR Coordinateur du Projet du CCMi	N/A	N/A	N/A
3	Risque de rupture ou péremption	01/07/2018	Operational	Probabilité 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redynamisation du CNQSPM pour</li> </ul>	SR	N/A	N/A	N/A





<p>FM pouvant entraîner des ruptures de stocks ou des péremptions</p>						<p>sites de stockage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du LMIS ;</li> <li>• Formation du personnel de CAMME à la gestion des stock</li> </ul>						
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



## Termes de référence pour la supervision du contrôle qualité des données TBVIH et Paludisme du Réciendaire Principal (RP)

### A. Introduction

Conformément aux procédures du FM pour la lutte contre les trois maladies, le RP doit assurer le contrôle qualité des données rapportées par les SR, ainsi que les informations concernant les états de stocks dans les formations sanitaires, avant le rapportage au FM. C'est dans ce cadre que le PNUD, en qualité de RP des subventions du FM à Djibouti, va, conjointement avec le RP national identifié, conduire des missions de supervisions trimestriellement.

### B. Objectifs

#### B.1 Objectifs généraux

Faire le contrôle qualité des données liés à la prise en charge du VIH, TB TBVIH et du Paludisme rapportées par les sous-réciendaire (SR).

#### B.2 Objectifs spécifiques

- Confronter sur la base des outils de collecte des données primaires les données liées à la prise en charge du VIH, TB, TBVIH et paludisme transmises par les SRs ;
- Identifier les points de différences entre les données rapportées par les SRs et les données issues de la supervision du PR ;
- Valider avec les SRs l'ensemble des données liées à la prise en charge du VIH, TB, TBVIH et Paludisme ;
- 

### C. Résultats attendus

Les principaux résultats attendus de cet exercice sont :

- Les données liées à la prise en charge du VIH, TB, TBVIH et Paludisme sont confrontées et validées par le PR et les différents SRs.
- Le rapport de supervision du PR est disponible
- Un plan de recommandation pour les SRs pour l'amélioration de la qualité des données est validé et disponible.

### D. Méthodologie

Pour mener à bien cet exercice, deux approches seront appliquées :

Administration d'un questionnaire par structure qui comprend plusieurs volets : (i) identification de la structure sanitaire, (ii)

- **Disponibilité des supports d'information, protocoles et manuels**, (iii) **Formation du personnel**, (iv) gestion des stocks, (v) système d'information sanitaire.

- Entretien avec l'équipe cadre (médecins, directeur administratif, responsable suivi et évaluation, responsable RH ...) sur les défis et contraintes actuels ainsi que les potentiels goulots liés à la production, compilation et analyse des données liées aux trois maladies dans la structure.

Les informations collectées par le biais du questionnaire et des entretiens seront compilées et analysées et des recommandations formulées à l'endroit des sous-récepteurs.

#### E. Cibles

Les structures sanitaires concernées par le contrôle qualité des données sont l'ensemble des structures de prise en charge du VIH, de la TB et du Paludisme. Compte tenu du temps nécessaire pour faire cette exercice dans l'ensemble des structures, un échantillon de structure seront supervisés par trimestre. Toutefois, l'ensemble des structures de prise en charge vont bénéficier au moins une fois dans l'année de la supervision. Les structures de référence et celles à une importante file active seront supervisés trimestriellement. Veuillez-vous référer au plan de supervision en *annexe 1* pour plus de détails.

#### F. Dates

La visite aux structures de santé se déroulera trimestriellement une fois que les SRs auront communiqué leurs rapports trimestriels de progrès et selon le plan de supervision en pièce-jointe qui tient compte du délai de communication des résultats au Fonds Mondial.

#### G. Equipe d'évaluation

L'équipe d'évaluation est composée de :

- Responsable Suivi-Evaluation de l'UGP-Nationale
- Assistant Suivi-Evaluation de l'UGP-Nationale
- Responsable Suivi-Evaluation de l'UGP-PNUD

#### H. Outils de supervision

#### I- IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Nom de la structure	
Type de structure (public, parapublique ou privée)	
Nom du médecin-chef de la structure	
Nom des personnes chargés de la collecte, compilation et analyse des données	
Nom et nombre des rapports transmis par la structure au niveau central durant la période de rapportage	
Période supervisée	



## II- DONNEES LIEES A LA PRISE EN CHARGE DU VIH-SIDA

	Nombre des PVVIH sous ARV (file active)	Nombre des PVVIH sous ARV 12 mois après le début du traitement	Nombre des patients ayant effectué leur CV à M 12	Nombres des patients ayant supprimés leur CV à M12	Nouveaux PVVIH mis sous ARV	Nombre des PVVIH ayant bénéficié du screening de la TB	Nombre des PVVIH mis sous l'INH	Nombre des PVVIH sous cotrix	Nombre des PVVIH ayant développé la TB	Nombre des PVVIH coïnfectés sous traitement cocomitante (TB et VIH)
Données Rapports des SRs										
Données supervision PR										
Conforme (oui/non) /Commentaires										

## III- DONNEES LIEES A LA PREVENTION DU VIH-SIDA

	Nombres des personnes dépistés au VIH-SIDA				Résultats du dépistage au VIH-SIDA				Nombre des personnes mis sous ARV				Nombre des préservatifs distribués	
	Moins de 15 ans		Plus de 15 ans		Positif		Positif		Moins de 15 ans		Plus de 15 ans			
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
Données rapports SRs														
Données Supervision PR														
Conforme non/oui commentaire														

#### IV- Disponibilité des supports d'information, protocoles et manuels liés au VIH

	Eléments à vérifier	Oui	Non	Observations
1.	Présence* du registre d'enregistrement unique pour tous les clients			
2.	Présence d'un registre CDV pour chaque service			
3.	Présence des formulaires de rapport mensuel du (CDV/PTPE/PT et TB/VIH)			
4.	Présence du registre de traitement pour PVVIH			
5.	Présence du registre de traitement pour enfants exposés au VIH			
6.	Présence des formulaires des bons de commandes de réactifs du labo pour le CDV/PTPE			
7.	Présence des fiches de référence/orientation des PVVIH			
8.	Présence de cartes de liaison pour PTPE			
9.	Présence du registre de suivi des femmes PTPE			
10.	Présence du registre de suivi enfants de PTPE			
11.	Liste des éléments sur lesquels les clients doivent être informés affichée			
12.	Présence des cartes de rendez-vous			
13.	Présence à la maternité de registre pour accouchements des mères du programme PTPE			
14.	Présence des normes et directives CDV/PTPE			
15.	Présence du guide de prise en charge du VIH-SIDA			
16.	Syllabus sur le dépistage du VIH			
17.	Guide de prise en charge des IOs			
18.	Les formulaires, les documents suffisants et bien classés (registres, protocoles, manuels, etc.)			
19.	Présence du questionnaire de screening de la TB			
20.	Présence et affichage un protocole opérationnel de dépistage du VIH chez un patient TB			
21.	Présence et affichage du protocole opérationnel de dépistage de la TB chez une PVVIH			
22.	Fiche de stock pour les médicaments ARV			

#### V- Formation du personnel du centre en prise en charge du VIH et collecte/analyse des données

Nombre des personnes formés	Fonction	Thématique	Durée de la formation	Période



## VI- DONNES LIEES A LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION PARENTS-ENFANTS

Nombre des femmes enceintes vu en CPN1	Nombre des femmes enceintes ayant bénéficié du counseling pré-test	Nombre des femmes enceintes ayant effectué le test VIH	Nombre des femmes enceintes ayant bénéficié du counseling post-test	Nombre des femmes enceintes ayant récupéré leur résultats	Nombre des femmes enceintes séropositives	Nombre des femmes enceintes séropositives mis sous ARV (nouvelles patientes)	Nombre des anciennes femmes séropositives enceintes mis sous ARV	Nombre des enfants nés des mères séropositives	Nombre des enfants qui ont reçu de la niverapine à la naissance	Nombre d'enfants ayant effectué DBS à 2 mois
Données Rappports des SRs										
Données supervision PR										
Conforme Oui/Non Commentaire										

## VII- Formation du personnel du centre à la PTPE collecte et analyse des données

Nombre des personnes formés	Fonction	Thématique	Durée de la formation	Période

## VIII- DONNEES LIEES A LA GESTION DE STOCK DES ARV ET REACTIFS VIH

Liste des médicaments ARV et réactifs	Etat de stock	Fiche de stock à jour	Commentaire

## IX- DONNEES LIEES A LA PRISE EN CHARGE DE LA TB

	Nombre des patients diagnostiqués tuberculeux toutes formes confondus	Nombre des patients diagnostiqués TPM+ nouveaux cas + rechutes	Nombre des patients TPM+ (nouveaux cas et rechutes) mis traitement guéris et Traitement terminé (TT) pour la Cohorte (il y a une année)	Nombre des patients TPM+ (nouveaux cas et rechutes) perdus de vue	Nombre des patients TB testés au VIH	Nombre des patients coinfectés	Nombre des patients coinfectés mis sous traitement concomitante (TB et VIH)	Nombre des enfants de moins de 5 ans sous l'INH
Données Rapports des SRs								
Données supervision PR								
Conforme Oui/Non Commentaire								

## X- Formation du personnel du centre sur la prise en charge de la TB/collecte et analyse des données

Nombre des personnes formés	Fonction	Thématique	Durée de la formation	Période

## XI- Disponibilité des supports d'information, protocoles et manuels liées à la TB

	Eléments à vérifier	Oui	Non	Observations
1.	Présence* du registre d'enregistrement unique pour tous les clients			
2.	Présence des fiches de référence/orientation pour la TB			
3.	Présence des formulaires de rapport mensuel de la TB			
4.	Présence du registre pour le dépistage de la TB			
5.	Liste des éléments sur lesquels les clients doivent être informés affichée			
6.	Les formulaires, les documents suffisants et bien classés (registres, protocoles, manuels, etc.)			
7.	Présence du registre pour la prise en charge de la TB au CDT			



8.	Présence de la fiche de traitement TB avec la partie VIH			
9.	Présence et affichage un protocole opérationnel de dépistage du VIH chez un patient TB			
10.	Présence et affichage du protocole opérationnel de dépistage de la TB chez une PVVIH			
11.	Présence du guide technique de prise en charge de la TB			
12.	Présence de guide de contrôle de l'infection			
13.	Présence de guide de prise en charge des MDR (si PEC MDR)			
14.	Fiche de stock pour le suivi des médicaments antituberculeux			

## **XII- DONNEES LIEES A LA GESTION DE STOCK DES ANTITUBERCULAIRES ET REACTIFS TB**

Liste des médicaments Antituberculeux et réactifs	Etat de stock	Fiche de stock à jour	Commentaire

## **XIII- DONNEES LIEES A LA PRISE EN CHARGE DE LA TB-MDR**

	Nombre des patients ayant bénéficié du Genexpert	Nombre des patients soumis au test de sensibilité culture	Nombre des patients ayant été diagnostiqués MDR	Nombre des patients TBMDR mis sous traitement court	Nombre des patients TBMDR perdu de vue à 6 mois	Nombre des patients diagnostiqués XDR	Nombre des patients XDR mis sous traitement
Données Rapports des SRs							
Données supervision PR							
Conforme Oui/Non Commentaire							

## **XIV- Formation du personnel du centre sur la prise en charge de la TB-MDR/collecte et analyse des données**

Nombre des personnes formés	Fonction	Thématique	Durée de la formation	Période

**XV- DONNEES LIEES A LA GESTION DE STOCK MEDICAMENTS ET REACTIFS TB-MDR**

Liste des médicaments MDR et reactifs	Etat de stock	Fiche de stock à jour	Commentaire

**XVI- DONNEES LIEES A LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME (1)**

	Nombre des personnes suspects du paludisme				Nombre des personnes soumis au test parasitologique								Résultat du dépistage			
					TDR				GE				Positif			
	Moins de 5 ans		Plus de 5 ans		Moins de 5 ans		Plus de 5 ans		Moins de 5 ans		Plus de 5 ans		Moins de 5 ans		Plus de 5 ans	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Données Rapports des SRs																
Données supervision PR																
Conforme Oui/Non Commentaire																

**XVII- DONNEES LIEES A LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME (2)**

	Nombre des personnes positifs au paludisme								Nombre des patients mis sous traitement du 1 ère ligne				
	PV				PF								
	Moins de 5 ans		Plus de 5 ans		Moins de 5 ans		Plus de 5 ans		Moins de 5 ans		Plus de 5 ans		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	



Données Rappports des SRs													
Données supervision PR													
Conforme Oui/Non Commentaire													

### XVIII- DONNEES LIEES A LA PREVENTION DU PALUDISME

	Nombre des moustiquaires distribués		
	Enfants de 0 -11 mois	Enfants de 1-5 ans	Femmes enceintes
Données Rappports des SRs			
Données supervision PR			
Conforme Oui/Non Commentaire			

### XIX- Disponibilité des supports d'information, protocoles et manuels

	Eléments à vérifier	Oui	Non	Observations
1.	Présence* du registre d'enregistrement unique pour tous les clients			
2.	Présence d'un registre de consultation pour chaque service			
3.	Présence des formulaires de rapport mensuel Paludisme			
4.	Présence des formulaires des bons de labo pour les intrants du paludisme			
5.	Présence des normes et directives pour le diagnostic du paludisme			
6.	Présence des posters sur le diagnostic et prise en charge du paludisme			
7.	Présence de Guide de prise en charge Paludisme			
8.	Présence du registre de distribution des MIILDA dans les différents services (PCIME, CPN)			
9.	Fiche de stock pour la gestion des médicaments antipaludeens			
10.	Fiche de stock pour la gestion des MIILDA			

**XX- Formation du personnel du centre sur la prise en charge du paludisme/collecte et analyse des données**

Nombre des personnes formés	Fonction	Thématique	Durée de la formation	Période

**XXI- DONNEES LIEES A LA GESTION DE STOCK DES MEDICAMENTS ET REACTIFS PALUDISME**

Liste des médicaments et réactifs du paludisme	Etat de stock	Fiche de stock à jour	Commentaire

I. Planning de la supervision

	Région	Niveau	Centre de Prise en Charge	Vol et	I trimestre	II trimestre	III trimestre	Equipes	Statut	
	DJIBO UTI-VILLE	Centre de Santé Communautaire (CSC)	CSC Arhiba		15-juil	14-oct	13-janv	Responsable UGPN+Assistant National +Responsable UGP-PNUD Suivi-evaluation UGP Suivi Evaluation		
			CSC Einguella		16-juil	15-oct	14-janv			
			CSC Farahad		17-juil		15-janv			
			CSC Ambouli			16-oct				
			CSC Khor Bourhan				16-janv			
			CSC PK 12			18-juil				17-janv
			CSC Hayabley				17-oct			



		CSC Balbala 1		19-juil		20-janv		
		CSC Balbala 2				18-oct		
		CSC Quartier 7						
		CSC Ibrahim Balala		22-juil		21-janv		
		CSC Warabaley				22-janv		
		CSC Wahle-Daba				21-oct		
	Hopitaux de Reference	Centre de Yonis Toussaint		23-juil		22-oct		
		Hopital de reference TB Chakib Saad		24-juil		23-oct		
		Hopital General Peltier				24-oct	23-janv	
		Hopital Cheiko		25-juil			24-janv	
	Parapublique	Force National Police (FNP)						
		Garde Republicain (GR)				25-oct		
		Gendarmerie Nationale (GN)				28-oct		
		Garde-cote		26-juil				
		Force Armés Djiboutien (FAD)					27-janv	
		Hopital Omar Bachir					28-janv	
	Prive	Hopital Al Rahma				29-oct		
		Clinique Affi						
		Clinique Makamoukarama		29-juil				
		Clinique SDVMS					29-janv	
		Clinique Medical Center					30-janv	
Régions	CMH	CMH Tadjourah		30-juil				
		CMH Obock				30-oct		
		CMH Ali-Sabieh		31-juil				
		CMH Dikhil				31-oct		

			CMH Arta				31- janv	Responsable evaluation UGPN+Assistant evaluation UGP National +Responsible Evaluation UGP-PNUD Suivi- Suivi	
			Hoptial Régional Ali- Sabieh				03-févr		
			Hopital Régional Arta			01-nov			