



Investing in our future

The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

**Demande de reconduction de
Financement
du
CCM Sao Tome e Principe**

16 Septembre 2013



Présentation de la demande de reconduction

1. SECTION 1 : RÉSUMÉ DE LA DEMANDE	5
1.1 Informations générales sur le programme	5
1.2 Approbation par l'Instance de coordination nationale de la demande de reconduction	5
1.3 Résumé de la demande de reconduction de l'Instance de coordination nationale	7
1.3.1 Résumé de la demande	7
1.3.2 Modifications proposées des dispositions programmatiques, budgétaires et des modalités de mise en œuvre	7
1.3.3 Demande de reconduction de l'Instance de coordination nationale	8
2. SECTION 2 : GOUVERNANCE DE L'Instance de coordination nationale	8
2.1 Aperçu de la gouvernance de l'Instance de coordination nationale	8
2.1.1 Dans le cadre de quelle série de financement l'Instance de coordination nationale/sous-nationale/régionale a-t-elle présenté une demande de financement pour la dernière fois?	8
2.1.2 Les membres des Instances de coordination nationale	9
2.1.3. Suivi stratégique du programme	9
2.1.4 Gestion des conflits d'intérêts et de l'engagement des circonscriptions.....	9
2.1.5 Si vous proposez des modifications relatives aux dispositions programmatiques, budgétaires et aux modalités de mise en œuvre (1.3.2), veuillez décrire les procédures transparentes et documentées qui ont été suivies afin de garantir la participation de toutes les circonscriptions (membres et non membres) représentées au sein de l'Instance de coordination nationale/sous-nationale/régionale à l'élaboration, ainsi qu'à l'approbation de ces changements. Veuillez également décrire la procédure adoptée pour garantir la gestion efficace des éventuels conflits d'intérêts pouvant affecter ce processus.	10
2.1.6 Veuillez-vous référer à la/aux proposition(s) initiale(s) et décrire brièvement l'état des conditions exceptionnelles qui ont conduit à votre éligibilité en tant que candidat autre qu'une Instance de coordination nationale	10
3. SECTION 3 : CONTEXTE NATIONAL	10
3.1 Situation épidémiologique	10
3.2 Contexte national.....	15
3.3 Analyse des systèmes de santé.....	17
4. SECTION 4 : VUE D'ENSEMBLE DU PROGRAMME	18
4.1 Analyse des déficits de financement, financement de contrepartie et complémentarité	18
4.1.1 Vue d'ensemble du financement du programme national par les autorités publiques.....	18
4.1.2 Estimation du financement national et extérieur actuel et attendu	19
4.1.3 Sources des données sur les déficits de financement et le financement de contrepartie	19
4.1.4 Respect des exigences de financement de contrepartie	19
4.2 Progrès accomplis en direction des objectifs fixés et impact/résultats.....	20
4.3 Efficacité du programme	22
4.3.1 Efficacité de l'aide.....	22

4.3.2	Équité.....	23
4.3.3	Optimisation des ressources.....	24
4.4	Évaluation de la qualité des services.....	25
4.5	Partenariats.....	26
5.	SECTION 5 : RÉSULTATS DE LA PHASE/PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE EN COURS (RP1) ...	27
5.1	Résultats programmatiques et qualité de la gestion.....	27
5.1.1	Résultats programmatiques.....	27
5.1.2	Gestion des risques de la subvention/source de financement unique.....	32
5.1.3	Note de résultats de la subvention.....	34
5.2	Résultats financiers.....	34
5.2.1	Situation financière à la date de clôture.....	34
5.2.2	Analyse des dépenses par rapport au budget.....	34
6.	SECTION 6 : DEMANDE DE RECONDUCTION DE L'INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE (RP1).....	36
6.1	Proposition du programme.....	36
6.1.1	Objectifs du programme, domaines de prestation de services, indicateurs et cibles.....	36
6.1.2	Gestion des produits pharmaceutiques et sanitaires (le cas échéant).....	36
6.2	Proposition de financement.....	38
6.2.1	Ressources disponibles pour financer la subvention/source de financement unique après la date de clôture.....	38
6.2.2	Résumé de la demande de financement à compter de la date de clôture jusqu'à la fin de la prochaine phase/période de mise en œuvre.....	39
6.2.3	Demande de budget de l'Instance de coordination nationale pour la phase/période de mise en œuvre suivante.....	40
6.3	Respect de l'exigence de centrage des propositions.....	40
7.	Documents complémentaires (à joindre à cette demande).....	41

ABREVIATIONS

ABC	Agence Bresilienne de Coopération
ATI	Assistance technique internationale
ARV	ANTI RETROVIRAL
BP	Bénéficiaire Principal
CCM	Country Coordination Mechanism
CNE	Centre National des Endémies
CNES	Centre National d'Education de la Santé
CPLP	Communauté des Pays de Langue Portugaise
CS	Carte Sanitaire
EOV	Enfants orphelins et vulnérables
FNM	Fonds National du Médicament
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FMstp	Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la TB et le Paludisme
GAS	Gestion des Approvisionnement et des Stocks
GATV	<i>Gabinte de Aconselhamento e testage Voluntaria</i>
HSH	Hommes qui font du sexe avec les Hommes
ICSVSM	<i>Istituto Ciencia de Saude Victor San Machado</i>
IEC/CCC	Information, Education, Communication / Communication pour le Changement de Comportement
INPEG	<i>Instituto National por la Promotion et la Equidad de Genero</i>
IPAD	Institut Portugais pour le Développement
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
LFA	Local Fund Agent
MESST	Monitoring and Evaluation System Stengthening Tool
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OCEAC	Organisation pour la Coopération des Etats de l' Afrique Centrales
PALOP	Pays Africains de Langue Officiel Portugaise
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de lutte contre le SIDA
PNS	Politique National de Santé
PPM	Produits Pharmaceutiques et Médicaux
PSR	Programme de Santé et Reproduction
PS	Professionnelles du Sexe
PTME	Prévention de la Transmission Mère – Enfants
PVV	Personnes Vivant avec le VIH
RAP	Région Autonome de Principe
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience Acquise
SNRP	Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté
SR	Sous Récipiendaire
STP	Sao Tome e Principe
TARV	Traitement Antiretroviral
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNDP	United Nations Development Programme
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VCT	<i>Voluntary Counselling and Testing</i>

SECTION 1 : RÉSUMÉ DE LA DEMANDE

1.1 Informations générales sur le programme

Candidat	CCM DE SAO TOME ET PRINCIPE.
Pays	SAO TOME ET PRINCIPE.
Composante	HIV/AIDS
Période de mise en œuvre de la composante	01/01/2012 – 31/12/2013
Date de clôture	30/06/2013
Date de reconduction de financement	Novembre 2013

Monnaie de la phase/période de mise en œuvre en cours : **USD**

Monnaie de la prochaine phase/période de mise en œuvre : **USD**

Nom du Récipiendaire principal (RP)	Numéro de subvention/SSF	Date de démarrage de la subvention/SSF
UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME - STP	STP-011-G05-H	01/01/2012

1.2 Approbation par l'Instance de coordination nationale de la demande de reconduction

Fonction	Nom	Titre/organisation
Président de l'Instance	Dr. Leonel Pontes	Ministre de la Santé/Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Vice-président(s) de l'Instance	Dr Pascual d' Apresentação	Directeur du Soins generaux de Santé/ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Référent administratif de l'Instance	Leonel Jesus Carvalho	Directeur Cabinet Min. Santé/ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Suppléant du Président de l'Instance	Dr Arlindo Vicente Carvalho	Directeur du CNE/ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Membre	Manuel Amadeu Diogo Do Nascimento	Dir. Plan. Et Finance/ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Membre	Manuel Filipe Moniz	Dir.Min. Plan et Finance/Ministère du Plan et Finance
Membre	Eugénio de Sousa Vaz	Conseiller/Ministère de l'Education
Membre	Martinho Tavares	Directeur du Cabinet/Ministère de la Jeunesse et du Sport
Membre	António Viegas	Assistant du Representant Résident /UNDP
Membre	Tanya Radosavljevic	Adjoint du Representant Resident/UNICEF
Membre	Francois Nguessan	Répresetant/OMS

Membre	Herodes Rompão	Coordinateur Du Programme National de Lutte contre le Paludisme/ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Membre	Vitória D´alva	Assistan Répresentant resident/UNFPA
Membre	Helder Neto Costa	Representant/Banque Africaine du Développement
Membre	Celestino Cardoso	Programme Officer/PAM
Membre	Claudina Cruz	Oficier de Programme/OMS
Membre	Bonifacio Sousa	Coordinateur Du Programme de Lutte contre le SIDA/ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Membre	Caterina Duarte	Conseiller Cabinet Cooperation/Embassade du Portugal
Membre	Ana Paula Antunes	Assistant/Embassade de France
Membre	Juliana Jin	Representant/ Embassade de Taiwan
Membre	Nelson de Assunção	Economic and Commercial Assistant/Embassade des Etats Unis
Membre	M ^a Tomé Palmer	Responsable Dept Première Scours et Santé/ Croix rouge de Sao Tomé et Principe
Membre	Eugénio Patrício	Président/ Rotary Club STP
Membre	Eduardo Elba	Conseiller/Chambre de Commerce, de l'industrie et de l'Agriculture
Membre	Jorge Carvalho	Président/Fédération des ONG de STP
Membre	Máximo Aguiar	Président /Caritas
Membre	João Tavares	Sécretaire Général/ Inter Sindical
Membre	Sister Fernanda R. da Silva	Representant/Eglise Catholique
Membre	Lazáro de Sousa	Officier de Programme/OMS
Membre	Mauricio do Carmo	REsponsable Coopération/Ambassade du Brasil
Membre	Ana Baptista	Coordinatrice/Médecins du Monde
Membre	Dr. Antonio Amado Vaz	Président/ Association Santé Planification Familiale
Membre	Dr. Edgar Neves	Coordinateur/Istituto Marques de val Flor
Membre	Zeulandia Carvalho Boa Esperança	Telefonista da Linha Verde/ Associação apoio a VIHDA
Membre	Maria da Cruz Soares mandinga	President/ Associação apoio a VIHDA
Membre	Kagilsom Lima	Presidente da associação apoio a VIHDA

1.3 Résumé de la demande de reconduction de l'Instance de coordination nationale

1.3.1 Résumé de la demande

Veillez brièvement présenter les progrès atteints à ce jour en termes des buts et objectifs de la proposition, ainsi que les observations principales, recommandations et justifications liées à la soumission de la demande de reconduction de financement.

La subvention STP-011-G05-H vise la réduction de la mortalité et de la morbidité du VIH chez les PVV à Sao Tomé et Principe. Elle vise l'expansion des services de prévention surtout pour les populations à risque, dont notamment les PS, les HSH. Cette subvention avec sa prédecesseur, celle de la Série 5, ont été les seuls projets du genre à STP. Elles ont contribué largement à l'insertion des droits des populations les plus vulnérables et marginalisés dans l'agenda politique, ainsi que les seules à mener des actions visant ces groupes.

Comme recommandé par le CCM, cette subvention doit continuer sur les acquis de la première phase et renforcer les actions de prévention visant les populations cibles, soit l'utilisation du préservatif et la recherche active des soins et du support, légal et sociale. Grâce à cette subvention, un réseau, Rede Vida, a été réactivé pour améliorer la référence des groupes entre les différents services et pour s'assurer que leurs droits soient respectés. Actuellement, ce réseau s'occupe des PS ; des jeunes femmes et hommes victimes de violences, et il est ouvert à accueillir les HSH, dans le même esprit.

Comme le CCM a dû le souligner lors de l'approbation de la reconduction des fonds, il est aussi important que cette subvention appuie le Pays dans ces efforts en direction de l'élimination de la transmission verticale. Avec l'accès au PCR, ainsi qu'à la prophylaxie et avant tout à travers le dépistage précoce, cette subvention a contribué largement à la mise en œuvre de la PTME, aussi à travers un suivi au niveau des femmes séropositives et de leurs enfants, qui est assuré par un staff du PNLS, financé par le FMstp.

Un autre grand succès de cette subvention et en générale du financement du FMstp à TP a sûrement été la réduction progressive de la mortalité du SIDA de 16% en 2005 jusqu'à 2.6% en 2012. Malgré une légère remontée en 2012, le PNLS a déjà identifié les mesures correctives, qui vont inverser cette tendance. Les solutions sur lesquels le PNLS a informé de vouloir investir passent par mettre au centre de la réponse les PVV et par l'inclusion des activités de support psychosociales, éducation thérapeutique et appui aux patients au niveau de leur maison. Certains de ces mesures ont déjà commencé et elles vont être renforcées au cours de la deuxième phase. Les PVV et les institutions qu'ils représentent vont avoir un rôle accru et des actions de renforcement des capacités pour les mêmes.

L'ATI attendu pour la fin de 2013 va permettre d'avoir des informations de base sur les HSH et permettra au CCM, au PNLS et au BP de cibler les actions à leur égard.

Finalement, une autre ATI, prévue déjà pour 2013 permettra d'améliorer les outils de suivi du PNLS et ainsi de la gestion des données.

La demande de financement du CCM Sao Tomé e Principe, est conforme aux ajustements mis en place par le Fonds Mondial, réduction de 10% sur le budget ajusté et le respect des conditions de contrepartie de 20% et de ciblage des populations/ interventions spécifiques de près de 50%

1.3.2 Modifications proposées des dispositions programmatiques, budgétaires et des modalités de mise en œuvre

1. Proposez-vous des modifications des modalités de mise en œuvre de la subvention/du programme ?

Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la nature de la modification.

Réaffectation des fonds entre les RP	Modifications des dispositions institutionnelles	Modifications des dispositions budgétaires
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

Veillez décrire et justifier chaque modification proposée.

NA

Si de nouveaux Récipiendaires principaux participent à la subvention/au programme, veuillez indiquer leurs noms.

NA

Si des Récipiendaires principaux quittent la subvention/le programme, veuillez indiquer leurs noms.

2. Proposez-vous des modifications de l'étendue et/ou de l'ampleur du cadre de performance de la subvention/du programme ?

Veuillez décrire et justifier les modifications proposées.

Les modifications proposées impliquent-elles une reprogrammation importante ou matérielle par rapport à la, ou aux propositions initiales ?

Dans l'affirmative, veuillez indiquer si les changements porteront sur l'intégralité du programme ou un Récipiendaire principal spécifique

1.3.3 Demande de reconduction de l'Instance de coordination nationale

Budget demandé par l'Instance de coordination nationale au titre de la reconduction de financement				
		Récipiendaire Principal 1 ¹	Récipiendaire Principal 2	Total pour le programme
a	Montant ajusté pour la phase/période de mise en œuvre suivante, selon éclaircissements demandés par le TRP	1388387,689	-	1388387,689
b	Budget total demandé (à compter de la date de clôture jusqu'à la fin de la prochaine phase/période de mise en œuvre)	2306001,792	-	2306001,792
c	- Montant non décaissé à la date de clôture	-916,966	-	-916966
d	- Montant des liquidités à la date de clôture	-648,29	-	- 648,29
e	= Montant supplémentaire demandé	1128371,586	-	1128371,586
f	% du montant ajusté de la ligne a (ne peut dépasser 100 % de celui-ci)	81%	-	81%

L'Instance de coordination nationale a-t-elle pris en compte d'éventuelles restrictions de financement approuvées par le Conseil d'administration ?

SECTION 2 : GOUVERNANCE DE L'Instance de coordination nationale

2.1 Aperçu de la gouvernance de l'Instance de coordination nationale

Veuillez vous référer aux exigences des Directives pour la préparation des demandes des Instances de coordination nationale.

2.1.1 Dans le cadre de quelle série de financement l'Instance de coordination nationale/sous-nationale/régionale a-t-elle présenté une demande de financement pour la dernière fois?

A-t-il alors été déterminé que l'Instance de coordination nationale/sous-nationale/régionale répondait aux critères d'éligibilité du Fonds mondial applicables aux Instances de coordination nationale?

Si l'Instance de coordination nationale/sous-nationale/régionale ne remplissait pas ces critères lors de sa dernière candidature, veuillez décrire les mesures correctives entreprises depuis lors.

Les Instances de coordination nationale, sous-nationale ou régionale sont tenues de compléter les sections 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4 et 2.1.5.

¹ Montants totaux pour chaque Récipiendaire principal.

Les candidats autres qu'une Instance de coordination nationale peuvent aller directement à la section 2.1.6.

2.1.2 Les membres des Instances de coordination nationale

a) À quand remontent les derniers changements dans la représentation des personnes vivant avec le VIH ainsi que des personnes affectées par la tuberculose ou le paludisme au sein de l'Instance de coordination nationale/sous-nationale/régionale?

Veillez décrire ces changements et fournir des précisions sur la représentation actuelle des personnes vivant avec les trois maladies et/ou affectées par celles-ci.

Le CCM Sao Tome e Principe n'a pas connu de changement dans la représentation des personnes affectées par les maladies depuis la dernière soumission.

b) À quand remontent les derniers changements relatifs aux représentants des circonscriptions non gouvernementales (organisations communautaires, organisations confessionnelles, secteur privé, institutions universitaires privées, personnes vivant avec les trois maladies et/ou affectées par celles-ci, principales populations touchées) au sein de l'Instance de coordination nationale/ sous-nationale/ régionale?

Veillez décrire comment les nouveaux membres ont été sélectionnés, en vertu d'une procédure transparente et documentée, et établie au sein de chaque circonscription.

Le CCM Sao Tome e Principe n'a pas connu de changement dans la representation des circonscriptions non – gouvernementales depuis la dernière soumission.

2.1.3. Suivi stratégique du programme

L'Instance de coordination nationale dispose-t-elle d'un plan de suivi stratégique qu'elle a approuvé ? Oui

Dans la négative, veuillez en indiquer les raisons.

Dans l'affirmative, décrivez les activités de suivi stratégique qui sont détaillées dans ce plan de suivi. L'Instance de coordination nationale a-t-elle mis en œuvre ce plan ? Comment assure-t-elle la participation des parties prenantes, membres et non membres, et en particulier des circonscriptions non gouvernementales et des personnes vivant avec ou étant affectées par les maladies, dans le cadre du suivi stratégique des subventions?

Le plan de suivi stratégique du CCM Sao Tomé et Principe, qui a été validé en 2011 prévoit la mise en œuvre d'activités de supervision de manière trimestrielle selon le chronogramme inclus dans le Plan.

Dans ce cadre, les membres du CCM Sao Tome e Principe peuvent prendre part aussi à des activités plus spécifiques, selon le plan de travail des SR comme par exemple formation en AGR et/ou du personnel de santé, activités commémoratives, etc... Il est prévu que les membres du CCM Sao Tome e Principe de chaque circonscription et les représentants des associations de personnes vivant avec le VIH y participent à tour de rôle.

Le plan prévoit aussi une réunion de validation avec tous les SR lors de la soumission des rapports de progrès. Il s'agit d'occasion clé pour mettre en évidence les lacunes et les goulots d'étranglement liés à la mise en œuvre des subventions et de pouvoir apporter les corrections et recommandations nécessaires. Ces réunions permettent d'aborder aussi des questions relatives au système et à la politique de santé, y compris l'articulation avec les activités financés avec la contribution des autres partenaires.

Il est aussi demandé aux BP et aux SR que lors des missions techniques, évaluation externe, et mission d'assistance technique concernant les subventions, une session de restitution soit systématiquement tenue pour que les membres du CCM Sao Tome e Principe puissent suivre la mise en œuvre des recommandations.

Toutefois, ce plan a été jusqu'à présent mis en œuvre de manière partielle par manque de financement. Le CCM Sao Tome e Principe a envoyé une demande de financement en Juin 2013.

Veillez joindre ce document à votre demande.

2.1.4 Gestion des conflits d'intérêts et de l'engagement des circonscriptions

Comment l'Instance de coordination nationale gère-t-elle les conflits d'intérêt parmi ses membres et/ou les entités de mise en œuvre des subventions qui y siègent ? Quelles mesures ont été prises pour garantir l'application de la section relative aux conflits d'intérêts des documents de gouvernance de l'Instance de coordination nationale ? Comment l'Instance de coordination nationale documente-t-elle le processus de gestion des conflits d'intérêts ?

Lors de sa création, le CCM de Sao Tome e Principe s'est doté dans un règlement intérieur qui régit son fonctionnement y compris la gestion des conflits d'intérêts.

Les conflits d'intérêt sont gérés au cas par cas selon les sujets pendant les sessions au cours desquelles ils sont discutés.

Lorsque des conflits d'intérêt se posent, les personnes représentant les institutions concernées sont invitées à ne pas prendre part à la prise de décision et si nécessaire à ne pas être présent lors de la discussion sur le sujet concerné.

Les cas de conflits d'intérêts doivent être documentés dans les minutes de réunion du CCM Tome e Principe. En juillet 2013, le CCM a révisé son RoI et a ainsi décidé de renforcer les clauses relatifs aux conflits d'intérêts.

Veillez joindre le(s) document(s) à votre demande.

2.1.5 Si vous proposez des modifications relatives aux dispositions programmatiques, budgétaires et aux modalités de mise en œuvre (1.3.2), veuillez décrire les procédures transparentes et documentées qui ont été suivies afin de garantir la participation de toutes les circonscriptions (membres et non membres) représentées au sein de l'Instance de coordination nationale/sous-nationale/régionale à l'élaboration, ainsi qu'à l'approbation de ces changements. Veuillez également décrire la procédure adoptée pour garantir la gestion efficace des éventuels conflits d'intérêts pouvant affecter ce processus.

NA

Pour les candidats autres que les Instances de coordination nationale (non-CCM) uniquement :

2.1.6 Veuillez-vous référer à la/aux proposition(s) initiale(s) et décrire brièvement l'état des conditions exceptionnelles qui ont conduit à votre éligibilité en tant que candidat autre qu'une Instance de coordination nationale.

NA

SECTION 3 : CONTEXTE NATIONAL

3.1 Situation épidémiologique

Veillez décrire les évolutions connues au niveau de la situation épidémiologique et qui sont susceptibles d'avoir un impact sur la mise en œuvre ou les stratégies du programme. (Veillez indiquer vos sources d'information.)

Sao Tomé et Principe devrait tenir la tendance pour les ODM 4, 5 et 6 du fait que ceux-ci pourraient être probablement atteints à l'horizon 2015. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont à leurs niveaux les plus observés depuis de nombreuses années (38 pour 1000 et 63 pour 1000 nés-vivants en 2008 respectivement). En 2008, la mortalité maternelle était aux environs de 101 pour 100000 nés-vivants ce qui correspond à 5 décès lors de la phase de grossesse, l'accouchement ou 45 jours après l'accouchement contre 16 décès en 2004. En 2008, les services de santé de base étaient accessibles par 74.1% de la population et 82.1 avaient accès aux médicaments essentiels. La prévalence du paludisme a significativement baissé de moins de 400 cas pour 1000 en 2004 à moins de 20 cas pour 1000 en 2009. La couverture vaccinale est au-delà de 90% pour tous les antigènes. (immunization summary, the 2011 Edition, UNICEF & WHO).

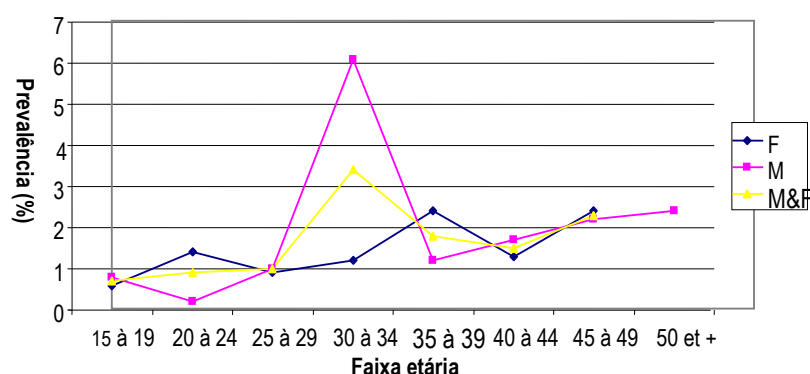
Indicadores sanitários	Taxas	Fonte
Esperança de vida ao nascer	M: 68.5; H: 63.5	RGPH 2001
Taxa de mortalidade infantil	38/1000	IDS 2008
Taxa de mortalidade infanto-juvenil	63/1000	IDS 2008
Taxa de mortalidade materna	101/100000 nados vivos	
Indice sintético de fecundidade	4,9	IDS 2008
Taxa de Cobertura pré-natal	97,90%	IDS 2008
Taxa de Cobertura vacinal global	76,60%	IDS 2008
Taxa de cobertura de parto institucional	78,9%	IDS 2008
Taxa de cobertura de parto por pessoal formado	81,70%	IDS 2008

En ce qui concerne le VIH/SIDA, Sao Tomé-et-Principe est aujourd'hui confrontée à une épidémie de type concentré faible sur la base des données disponibles, de la population générale et les données d'enquête sentinelle sur les femmes enceintes et les professionnelles du sexe. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes est 0,5%, selon ESS fait en 2011.

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé 2008/2009 ont montré que le taux d'infection chez les adultes de 15-49 ans est de 1,5%, avec une prévalence de 1,7% chez les hommes contre 1,3% chez les femmes.

Il est important de souligner que les données épidémiologiques de la Région Autonome de Principe indiquent que dans cette région, l'épidémie est en train de se propager plus rapidement que dans l'île de Sao Tome, car d'après l'EDS, le taux de prévalence dans la population adulte est de 2.2%, avec un taux de 4% chez les femmes non scolarisées et de 2,3% chez les hommes dans la même situation.

Selon cet'enquête, le zones rurales sont plus touchées que les zones urbaines, où la prévalence du VIH est respectivement de 2,3% et 0,8%. Cette différence est beaucoup plus marquée chez les femmes (rural: 2,1%; urbaine: 0,2%). La prévalence la plus élevée est observée chez les hommes 30-34 ans (6,1%) et les femmes sans instruction (4,0%). Le graphique en bas montre le taux de prevalence pour groupe d'age :



D'après l'étude sentinelle de 2008, la séroprévalence chez les femmes enceintes était de 0,6%, tandis qu'en 2011 le même étude indiquait un taux de 0,5%. Selon les données de surveillance de 2008, la prévalence moyenne du VIH chez les femmes enceintes varie de 0% (dans les districts de Lobata, Cantagalo Lembá, Caué) à 1,7% dans la région autonome de Principe. Le même étude a été conduit en 2012 et comme on peut le constater la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est nul

dans tous les districts. Cette enquête, en 2008, a montré que 1,2% des cas de femmes enceintes été infecté par la syphilis contre 1,7% en 2012, une porte d'entre important pour l'infection VIH.

Selon les données administratives rotinières pendant tout l'année, en consultation prénatal (CPN), le taux de seroprévalence est de 0,5%. Le nombre de cas qui ont été suivi en PTME est passé de 8 en 2005 à 28 en 2012.

En 2008, il a été réalisé une enquête de séroprévalence (S.S.) du VIH chez les militaires. La plupart des soldats interrogés étaient âgés de moins de 25 ans. Cette enquête n'a détecté aucun cas d'infection de VIH et/ou de syphilis dans ce groupe. Cette même enquête, en 2012, a montré le même résultat pour le VIH, par contre pour la syphilis un taux de 19% a été enregistré.

Une enquête sur le VIH a été menée en 2008, étude site sentinelle, sur 72 PS. Les PS étaient âgés entre 13 et 48 ans, avec un âge médian de 20 ans. La plupart des PS interrogés étaient âgés de moins de 25 ans (71%). Cette enquête a révélé une prévalence du VIH de 4,2% avec un intervalle de confiance de 95% [0,9% - 11,7%]. Compte tenu de la faiblesse de la taille de l'échantillon, il est difficile de définir les districts les plus touchés. La séroprévalence de la syphilis chez les PS est de 5,6% (IC à 1,5% -13,6% 95%) en 2008. Le même étude a été répété en 2012 sur un échantillon de 40 PS. Le taux de prévalence du VIH chez ce groupe clé était de 0, alors que la syphilis était de 4,4%.

En ce qui concerne les autres groupes-clés, notamment les hommes qui font sexe avec les hommes (HSH) et les utilisateurs de drogue qui peut être injecté (UDI), leur situation (la localisation, la taille et la prévalence du VIH et des IST) n'est pas connue à ce jour. Une enquête est prévue, pour 2013, sous le financement de la présente Subvention, permettra de connaître la situation des HSH. Pour 2014-2015, le gouvernement a planifié d'étudier la situation des UDI.

Dans les groupes de personnes qui se disposaient à donner du sang, les prévalences de VIH, HBS, HCV et la syphilis, ont été, respectivement, de 0,8% ; 16,7 ; 2% et 0,2% en 2009 et de 0% ; 8,1% ; 1% et 0,5% en 2012, selon les données du PNLS. Il est important de mentionner que en 2007 seulement 23% des unités de sang ont été testés pour les 4 antigènes contre 100% à partir de 2009, selon le PNLS. Il fallait noter que 70% de donneurs de sang était bénévoles en 2012, contre seulement 50% en 2009. En général, la situation en 2012, est un signe de l'amélioration, encore insuffisant, mais remarquable de la sécurité transfusionnelle à STP.

Le Système National de Santé, en utilisant plusieurs approches, a recensé et dépistés 7.809 en 2006, contre 11.114 en 2012.

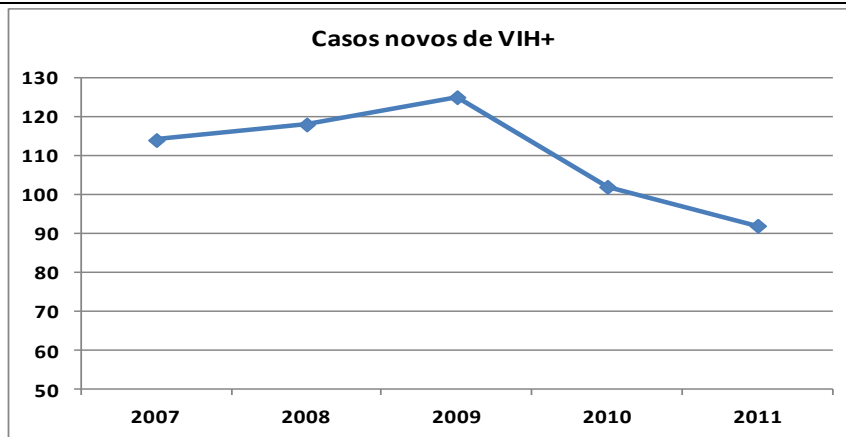
Après l'introduction des données épidémiologiques de STP le Spectrum 2013 nous a donné une radiographie de la situation, que certains données sont résumées dans le tableau suivant, montrant une prévision des PVVIH, des décès par SIDA, des besoins en service PTME et de personnes en besoin de traitement ARV, de 2012 à 2020.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N. de PVVIH Total	1.034	1.022	1.015	1.014	998	973	953	935	903
Adultos	843	833	829	833	823	808	799	790	766
Crianças	152	153	153	151	148	140	132	126	120
Grávidas	39	36	33	30	27	25	22	19	17
Incidência nos adultos	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0	0
N. de óbitos atribuídos ao SIDA	52	36	34	31	33	34	36	36	34
Adultos	44	29	27	25	27	29	31	31	30
Crianças	8	7	7	6	6	5	5	5	4
N.de pessoas necessitando tratamento	718	789	798	841	840	832	817	809	797
Adultos	637	708	716	757	754	747	734	729	720
Crianças	81	81	82	84	86	85	83	80	77
Nº de grávidas necessitando de PTMF	39	36	33	30	27	25	22	19	17

Relativement à la situation socio-comportementale, d'après l'enquête EDS, le niveau de connaissance de la population sur les moyens de prévention du VIH/SIDA est relativement élevé, avec 68% des femmes et 70% des hommes qui reconnaissent deux moyens de prévention (utilisation du préservatif et fidélité). Toutefois, le changement de comportement attendu par la prévention du VIH/SIDA reste relativement faible, malgré les efforts du PNLIS (Programme National de Lutte contre le Sida) et des ONGs sur le terrain, aussi bien à travers le renforcement des activités de sensibilisation sur les voies de transmission et les moyens de prévention, que à travers la distribution persistante des préservatifs masculins. La quantité de préservatifs masculins distribués entre 2010 et 2012 est de 2.080.637 mais le taux d'utilisation du même reste toujours très faible (hommes: 40 % ; femmes : 14 %). Toutefois, en 2010, une enquête CAP sur l'utilisation des préservatifs a relevé des améliorations encourageantes, étant donné que le taux d'utilisation chez les hommes est de 67%, alors que pour les femmes est de 33%. En ce qui concerne le préservatif féminin 3.605, ont été distribués entre 2010 et 2012.

En 2006/2007, l'ONG ALISEI, à travers le financement du Fonds Mondial, a élaboré un rapport sur le «Diagnostic de la situation du commerce du sexe à Sao Tomé et Principe», qui a permis d'identifier la répartition géographique du phénomène dans le pays et a fourni des informations importantes sur le groupe cible et les besoins des mêmes sur tous les domaines suivants: santé, juridique et socio-économique. Ce rapport a aussi permis de mettre en œuvre des activités ciblées pour ce groupe clé. Successivement, une assistance technique mobilisée dans le cadre du Projet Fonds Mondiale de la Série 5 à 10 a relancé certaines des activités et mis à jour la situation de ce groupe clé.

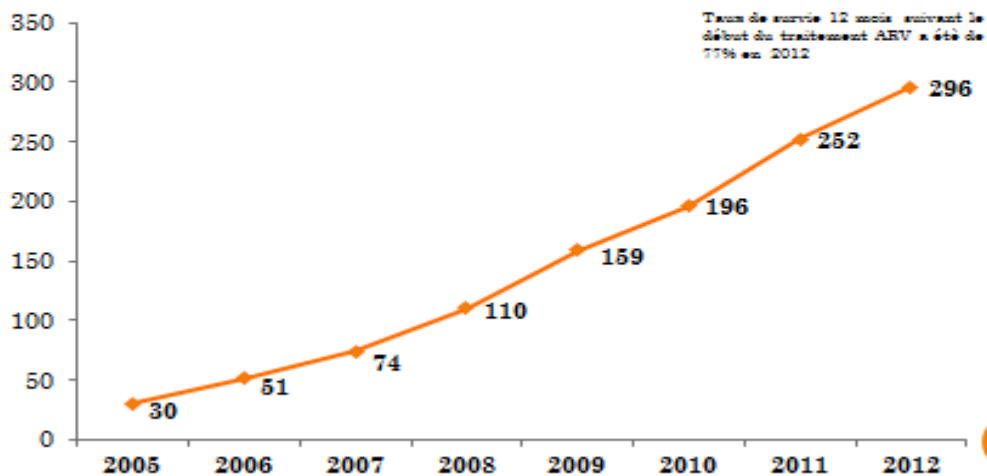
Suite à ce contexte épidémiologique, le nombre de nouveaux cas de VIH montre une chute à partir de 2010, comme montre le graphique suivant. Ça peut signifier une diminution des nouvelles infections dans le pays.



Le rapport Mondial de la Tuberculose, 2011, estime en 11 cas de coinfection TB/VIH par 100.000 habitants. En 2012, d'après le rapport annuel du PNLT, le taux de prévalence du VIH chez les tuberculeux testés est de 13,5% (17/126).

Jusqu'à Décembre 2012, le Programme National de Luta contre SIDA- PNLS a reporté un nombre de 633 PVVIH (malade et non malade) en suivie par le service de santé, dont 296 etions sous traitement ARV, soit 252 sous ARV de première ligne et 27 sous ARV de deuxième ligne.

MALADES SOUS ARV (PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES), STP, 2005-2012-PNLS



3.2 Contexte national

Veillez décrire les principaux changements survenus dans le cadre du contexte national ou programmatique (situation politique, économique, sociale et contexte juridique), ainsi que leurs répercussions sur la mise en œuvre du programme. Veillez en particulier détailler les changements ayant un impact négatif sur les résultats du programme, ainsi que toute stratégie mise en place pour atténuer cet impact. (Veillez indiquer vos sources d'information.)

Selon le 4ème recensement, réalisé en 2012, la République Démocratique de São Tomé et Príncipe compte 187.356 habitant, dont 93,735 d'hommes et 93,621 de femmes. D'après le même document, 157,526 personnes ont un âge compris entre 4 à 64 ans, soit 84% de la population, contre 22,902 enfants d'un âge compris entre 0 à 3 ans, soit 12% de la population. En dépit de quelques bonnes performances macroéconomiques au cours de ces dernières années, dont notamment, la maîtrise de la croissance économique (5,5% en 2012 contre 4,9% en 2011) et de l'inflation (8,8% en 2012 et 13% en 2010) (FMI 2012), le pays fait face à plusieurs défis socio-économiques. C'est seulement en mai 2012 que le gouvernement et les partenaires au développement ont validé la nouvelle Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP II- 2012-2016) axées sur : Promotion des Institutions publiques et Renforcement des politiques de Bonne Gouvernance ; Promotion d'une Croissance Economique durable et intégrée ; Développement du Capital humain et de services sociaux de base et Protection et cohésion sociales.

Avec un revenu national brut en parité du pouvoir d'achat par habitant de 1,864 dollars, le pays s'est engagé à consolider les progrès tangibles accomplis vers la réalisation de certains objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), à savoir les objectifs 2,4 et 6, afin d'améliorer l'indice du développement humain du pays, qui est de 0,525 (au 144e rang) en 2012, plaçant Sao Tomé au-dessous de la moyenne en Afrique Sous Saharienne, qui est à 0,475. Dans le secteur de l'éducation, d'importants résultats ont été obtenus dans le premier cycle de l'enseignement primaire (des premières à quatrième années de scolarité) avec un taux net de scolarisation estimé à 98 % et une baisse significative du taux d'abandon scolaire et des redoublements. En ce qui concerne le secteur de la santé, on observe des améliorations considérables avec notamment la baisse des taux de mortalité infantile et de mortalité des moins de cinq ans, établis à 38 et 63 décès pour 1 000 naissances vivantes, respectivement.

Les défis du pays à atteindre les OMD met en exergue le fait que São Tomé et Príncipe devrait pouvoir réaliser certains objectifs principaux de développement conformes aux Engagements de la Déclaration du Millénaire. Cependant, un certain nombre de cibles et d'objectifs ne pourront pas être atteints, à l'horizon 2015 sans des efforts exceptionnels et un appui et actions considérables et bien ciblés des différents partenaires du pays. Ainsi, STP atteindra probablement les objectifs relatifs à l'éducation primaire, à la mortalité infantile et au VIH-SIDA, le paludisme et d'autres maladies s'il maintient l'effort du passé récent dans ces trois domaines. Il pourrait atteindre les objectifs relatifs à la santé maternelle et à la préservation de l'environnement à la condition que le pays lui-même et ses partenaires accroissent leurs efforts dans ces domaines. Enfin, en l'état actuel, les chances sont minimales pour pouvoir atteindre les OMD relatifs à l'extrême pauvreté, l'égalité des sexes et la mise en place du partenariat pour le développement.

Tableau 1 : Tableau synoptique pour Atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement

Objectifs du Millénaire pour le Développement	Probabilité d'être atteint en 2015	Degré d'engagement national
<i>Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim</i>	Probable*	Raisonnable
<i>Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous</i>	Probable	Fort
<i>Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</i>	Faible	Raisonnable
<i>Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile</i>	Probable	Fort
<i>Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle</i>	Potentiel	Fort
<i>Objectif 6 : Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies</i>	Probable	Fort
<i>Objectif 7 : Assurer un environnement durable</i>	Potentiel	Raisonnable
<i>Objectif 8 : Mettre en place un partenariat pour le développement</i>	Improbable	Faible

En ce qui concerne l'objectif 1, il est à noter que le Pays a déjà atteint la cible 1c du premier Objectif

Education : Sao Tomé et Príncipe pourrait atteindre le deuxième ODM. Le pays fournit des efforts importants (au dessus de la moyenne de la région de l'Afrique au sud du Sahara) et on observe des résultats encourageants. Le taux d'alphabétisation est supérieur à ceux de la majorité des pays africains au sud du Sahara (87% en 2007) même si on note des écarts persistents entre les hommes et les femmes (82.7% pour les femmes et 93.4% pour les hommes). Bien que le taux de scolarisation au primaire soit élevé (98% des filles et 97% des garçons en âges d'être scolarisés), seulement 38% des enfants dans le groupe d'âge théorique sont enrôlés au secondaire et on peut atteindre 50% en considérant le nombre total d'enfant sans distinction du groupe d'âge.

Genre et situation des femmes : Sao Tomé et Príncipe devrait s'efforcer pour atteindre le troisième ODM et montrer ainsi des preuves d'égalité de genre et de renforcement de la position de la femme dans la société. Les femmes ont bénéficié d'un cadre législatif plus complet au cours des dernières années. Des innovations concernant la protection des femmes victimes de violence domestiques ont été introduites. Toutefois, d'autres efforts sont nécessaires et une mesure pourrait être prise pour accroître la participation des femmes dans le processus de prise de décision aussi bien au niveau local et au niveau des districts de même que pour aider les femmes des zones rurales qui ont moins d'accès à la scolarisation, l'alphabétisation et les opportunités d'accès ressources financières.

Santé : Sao Tomé et Príncipe devrait tenir la tendance pour les ODM 4, 5 et 6 du fait que ceux-ci pourraient être probablement atteints à l'horizon 2015. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont à leurs niveaux les plus observés depuis de nombreuses années (38 pour 1000 et 63 pour 1000 nés-vivants en 2008 respectivement). En 2008, la mortalité maternelle était aux environs de 101 pour 100000 nés-vivants ce qui correspond à 5 décès lors de la phase de grossesse, l'accouchement ou 45 jours après l'accouchement contre 16 décès en 2004. En 2008, les services de santé de base étaient accessibles par 74.1% de la population et 82.1 avaient accès aux médicaments essentiels. La prévalence du paludisme a significativement baissé de moins de 400 cas pour 1000 en 2004 à moins de 20 cas pour 1000 en 2009. La couverture vaccinale est au-delà de 90% pour tous les antigènes. (immunization summary, the 2011 Edition, UNICEF & WHO).

Préservation de l'environnement : avec des mesures solides pour augmenter l'accès à l'eau potable et la santé de base, le potentiel existe pour atteindre le septième ODM. Le pays fait des efforts importants pour intégrer la soutenabilité environnementale dans les politiques avec des résultats potentiels positifs sur l'adaptation au changement climatique, la lutte contre la désertification et la conservation de la biodiversité.

Trois stratégies essentielles sont mises en place afin de renforcer la capacité du pays à atteindre un certain nombre de cibles et d'indicateurs des OMD d'ici 2015 :

1. Mobilisation de ressources ;
2. Appropriation et renforcement de capacité ;
3. Intégration systématique de l'approche genre comme approche du développement afin de garantir une prise en compte systématique des questions de genre dans tout instrument d'intervention –politique, plan d'action, programme, projet.

En ce qui concerne la bonne gouvernance, l'année 2012 a néanmoins été marquée par l'évolution positive des indicateurs de la gouvernance, tels que sécurité & droit, participation & droits humains et développement humain, São Tomé e Príncipe ayant été classé 11e, 1er pays de l'Afrique Centrale et 2ème des pays Africains de langue Portugaise (PALOP), avec un score de 58,5 points sur 100 (Indice Mo Ibrahim). En outre, selon l'indice de perception de la corruption de Transparency International, le pays a été classé 72ème sur 174 pays en 2012 contre 100ème en 2011, soit 10ème des pays sub-sahariens en 2012 contre 14ème en 2011.

Malgré cette tendance à l'amélioration de la gouvernance et après plus de deux ans de stabilité politique (il s'agit de la période de stabilité la plus longue depuis 1991, dates des premières élections multipartenaires), le pays a connu quelques tensions politiques au cours du dernier trimestre de l'année 2012, avec une motion de censure de l'Assemblée nationale vis-à-vis du Gouvernement en fonction. Un nouveau gouvernement a ainsi été mis en place en Décembre 2012.

Cette situation a causé des retards notoires dans l'élaboration du programme du gouvernement et dans l'approbation du budget national, qui est survenue en mars 2013, ainsi qu'a entraîné des changements importants dans les postes clefs des différents secteurs.

Cette discontinuité des actions gouvernementales engendrée par l'instabilité politique pourrait freiner la consolidation des acquis économiques, ralentir la mise en œuvre des réformes, en mettant ainsi en péril l'atteinte des OMD.

3.3 Analyse des systèmes de santé

Veuillez décrire l'avancement des actions entreprises en matière de renforcement des systèmes de santé (RSS) avec le soutien du Fonds mondial et/ou un soutien national ou l'appui d'un partenaire, ainsi que les mesures adoptées pour remédier aux contraintes identifiées relativement aux systèmes de santé.

Depuis 2011, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales s'est doté de documents cadre, dont notamment le Plan National de Développement Sanitaire, la politique nationale sanitaire, la Carte Sanitaire et le Plan national de renforcement des Ressources Humaines. Tous ces documents ont été élaborés avec l'appui du Project PASS de la Banque Mondiale et avec l'appui technique de tous les partenaires techniques et financiers, y compris l'OMS et les techniciens de l'unité de gestion du PNUD, chargée de la gestion des Subventions du FMstp.

C'est dans ce cadre plus général que le Ministère s'est aussi doté du plan stratégique national sur cinq ans pour chaque endémie, ainsi que un plan national de Suivi et Evaluation. Tous ces documents définissent le cadre et le champ d'action du personnel de santé, et permettent une coordination accrue des partenaires sous l'égide du Ministère de la Santé.

Plus particulièrement concernant le CNE, un plan de renforcement des capacités a été développé depuis 2008 et un Memorandum Of Understanding entre le PNUD et le Ministère de la Santé a été élaboré pour sa mise en œuvre. Cela a emmené à une première restructuration du CNE et a abouti un renforcement des capacités notamment en suivi & évaluation.

Une nouvelle mission réalisée en Octobre 2012 a permis de relancer le processus de renforcement des capacités du CNE, en élaborant un plan sur la période 2013 – 2016 avec des indicateurs et un budget. La mise en œuvre de ce plan a pour objectif un transfert de capacités et permettre au CNE de se positionner auprès du Fonds Mondial comme bénéficiaire principal potentiel.

En ce qui concerne les services offerts à la population, le diagnostic du VIH aussi comme les services de la PTME sont disponibles dans toutes les formations sanitaires, alors que le TARV l'est au niveau des centres de santé et de l'hôpital central. Les services liés au VIH/SIDA sont gratuits pour la population. Le personnel de santé est formé aussi bien sur le diagnostic que sur traitement. En outre depuis Novembre 2011, des infirmiers ont été formés à l'éducation thérapeutique, qui actuellement se déroulent dans tous les centres qui disponibilisent le TARV.

La Coopération Portugaise, à travers le projet Saude para todos a appuyé les districts pour améliorer la qualité des services offerts à la population. Les intrants médicaux pour le VIH sont financés par différents partenaires, dont notamment la première ligne TARV et la PTME par le Projet *Saude para Todos* et la coopération Brésilienne, les préservatifs par le FNUAP, une partie des tests rapides par UNICEF et UNFPA, la deuxième ligne de TARV, ainsi que les médicaments IST, les réactifs pour le VIH et pour la sécurité transfusionnelle, ainsi que le CD4 par le FMstp.

Le SNIS, depuis 2010 a bénéficié d'améliorations importantes avec l'appui de tous les partenaires sous un leadership renforcé au sein du Ministère de la Santé. En effet, le Project PASS a aussi financé un système centralisé et informatisé, qui a été installé au sein du Ministère de la Santé depuis fin 2012. pour contribuer à une meilleure qualité et promptitude des informations sanitaires produites.

Le support du Fonds Mondial a été important d'un point de vue technique surtout dans l'élaboration des documents clefs, dont notamment le Plan Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2013 - 2017 et aussi d'un point de vue opérationnel, avec le renforcement des districts et du CNE. Le Fonds Mondial contribue aussi au renforcement du système d'information sanitaire, en collaboration avec les autres partenaires techniques, dont notamment la Coopération Brésilienne.

Veillez répondre à la question suivante si votre demande de reconduction de financement concerne une subvention/un programme de renforcement des systèmes de santé autonome. Si ce n'est pas le cas, veillez passer à la question suivante portant sur le renforcement des systèmes de santé..

Dans le contexte du plan stratégique sanitaire national, ainsi que des objectifs du système national de santé, veuillez décrire en quoi la subvention/le programme de renforcement des systèmes de santé a contribué aux progrès réalisés au niveau des quatrième, cinquième et sixième objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Veuillez également indiquer si la subvention ou le programme concerné a engendré des améliorations probantes au niveau de l'accès (réduction des inégalités géographiques et liées au genre), de la couverture et de la qualité des services.

NA

Veillez décrire les enseignements tirés de ces expériences, ainsi que les lacunes du système de santé entravant l'expansion du programme de lutte contre la maladie.

NA

SECTION 4 : VUE D'ENSEMBLE DU PROGRAMME

4.1 Analyse des déficits de financement, financement de contrepartie et complémentarité

Veillez décrire les changements intervenus au niveau des besoins financiers, des sources de financement actuelles et prévisionnelles, ainsi que des déficits de financement du programme de lutte contre la maladie/de renforcement des systèmes de santé.

Le Plan Stratégique Multisectoriel de lutte contre le Sida 2013 -2017, qui au moment de la soumission est en phase d'approbation, définit le cadre d'intervention des partenaires. Ce plan a été élaboré avec l'appui de tous les partenaires et à travers des consultations sectorielles avec toutes les circonscriptions. Les besoins financiers de ce plan stratégique sont essentiellement couverts par les partenaires, dont notamment la coopération Brésilienne, le Système des Nations Unies, la coopération portugaise surtout à travers le Projet *Saude para todos*, le Gouvernement de Sao Tomé et Principe et le FMstp, qui reste un partenaire clef dans la lutte à la maladie. Le Gouvernement de STP va pouvoir maintenir son financement de contrepartie au 20%, comme requis par le FMstp pour STP.

Il convient que les Instances de coordination nationale complètent le tableau intitulé « Analyse des déficits de financement et financement de contrepartie » afin de fournir les informations financières relatives au programme national de mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre la maladie. Des instructions détaillées sur la manière de compléter ce tableau sont incluses dans le modèle de rapport financier fourni dans le dossier d'invitation adressé aux Instances de coordination nationale : [Renewals_Financial Template_Analyse des ecarts financiers](#).

4.1.1 Vue d'ensemble du financement du programme national par les autorités publiques

Veillez indiquer à quels niveaux du gouvernement, à savoir central, régional et/ou local, des fonds sont consacrés aux programmes de lutte contre les maladies, ainsi que les principaux organismes gouvernementaux à travers lesquels ils sont dépensés. Détaillez la disponibilité des postes budgétaires réservés afin de préciser le niveau des dépenses publiques alloué à la lutte contre la ou les maladies, ainsi que la mesure dans laquelle ces postes représentent l'ensemble des dépenses publiques liées au programme de lutte contre la ou les maladies

Le budget global du Ministère de la Santé est alloué par le Ministère des Finances sur la base d'un budget national financé à 90% par des partenaires extérieurs. Le budget était de l'ordre de 8,25M USD en 2011 et est passé à 18,12M USD du fait du rattachement des Affaires Sociales au Ministère de la Santé. A partir de 2010, dans le budget alloué au Ministère de la Santé, il a été prévue une ligne budgétaire pour chacune des trois endémies y compris le VIH. Pour 2013, l'allocation pour le VIH/SIDA est d'environ USD 135 mil.

Une autre ligne spécifique est alloué au CNE, qui couvre les trois programmes et les Maladies non – transmissibles. Le gouvernement assure le paiement des salaires des agents contractuels de l'Etat recrutés au niveau de la coordination du PNLS ainsi que la mise à disposition de locaux et les coûts de fonctionnement du CNE et du PNLS. La contribution de l'Etat se retrouve aussi dans la gratuité des traitements

Les dépenses de santé, y compris celle du VIH, émanent essentiellement du niveau central, notamment du Département Administratif et Financier du Ministère de la Santé et elles portent sur le réseau des structures sanitaires, les investissements, les ressources humaines, l'institut paramédical, l'assistance technique, la prise en charge des soins primaires, l'achat de médicaments, consommables et équipements.

4.1.2 Estimation du financement national et extérieur actuel et attendu

Décrivez comment les contributions provenant des différentes sources de financement ont été estimées, en faisant notamment référence aux éléments suivants :

- a. méthodologie d'estimation du financement actuel et attendu ;
- b. composition des dépenses publiques déclarées (à savoir s'il s'agit d'une partie ou de l'intégralité des dépenses publiques, des coûts programmatiques uniquement ou si une proportion des coûts affectés au système de santé est incluse, ou encore s'il s'agit uniquement de frais récurrents ou également de coûts d'investissement);
- b. si les montants fournis par chaque source de financement pour l'année en cours et les précédentes correspondent au budget, à des décaissements, à des dépenses, ou à une estimation des dépenses ;
- c. si les montants anticipés provenant de chaque source de financement pour les années à venir correspondent à des estimations ou à des engagements.

Les documents du MSAS, parmi lesquels: le Plan National de Développement Sanitaire, la politique nationale de santé, la Carte sanitaire, le plan de développement des ressources humaines et les différents plans stratégiques des trois maladies, ainsi que des MNT régissent le cadre de mise en œuvre du système de santé à Sao Tomé et Príncipe et définissent les besoins du même y compris de la lutte contre le VIH/SIDA. Ces mêmes documents ont servi à l'élaboration de la Stratégie de réduction de la pauvreté et au Plan d'Actions Prioritaires. Ce dernier représente la plateforme institutionnelle pour la mobilisation des ressources, car il inclut les ressources disponibles, aussi bien internes que externes, et celles à être mobilisées. C'est sur la base de ce gap que les partenaires au développement définissent leurs contributions dans les différents domaines, y compris celui de la santé et plus spécifiquement celui du VIH/SIDA.

4.1.3 Sources des données sur les déficits de financement et le financement de contrepartie

Veillez répondre ci-dessous aux questions suivantes :

- a. Citez les sources utilisées pour compléter le tableau d'analyse des déficits de financement et de financement de contrepartie ;
- b. Évaluez l'exhaustivité et la fiabilité des données financières présentées et incluez toutes les hypothèses et tous les avertissements liés aux chiffres ;
- c. Décrivez en détail comment le pays compte améliorer la qualité des données conformément aux directives sur la communication des données financières du programme aux partenaires techniques ;
- d. Le cas échéant, indiquez si la demande de l'Instance de coordination nationale comprend un budget réservé à une enquête de suivi des dépenses et/ou à des mesures visant au renforcement de la collecte et de la communication des données financières pendant la prochaine phase/période de mise en œuvre.

Les données chiffrées proviennent directement des différentes sources via le MSAS et le Centre National des Endémies – CNE/PNLS et le Ministère du Plan et Finances pour le gouvernement et via les différents partenaires au développement pour les sources externes. Le system SISA permet aux bailleurs de pouvoir reporter directement sur leur contributions et aussi de reporter de manière trimestrielle sur les dépenses effectués. Les réunions des partenaires, qui ont lieu de manière périodique, permettent aussi de valider et/ou mettre à jour les informations.

Il n'y a donc aucune raison objective de ne pas valider la fiabilité et la qualité de ces données dans la mesure où elles ont été transmises et confirmées directement par chaque bailleur.

4.1.4 Respect des exigences de financement de contrepartie

Veillez indiquer si les exigences de financement de contrepartie visées ci-après ont été respectées. Dans la négative, justifiez pourquoi en indiquant notamment les mesures prévues au cours de la prochaine phase/période de mise en œuvre afin d'y parvenir.

- a. Seuil minimal de financement de contrepartie
→ Le pourcentage figurant à la ligne M du tableau d'analyse des déficits de financement et de financement de contrepartie doit être supérieur ou égal au seuil minimal applicable au niveau de revenu du candidat.
- b. Augmentation de la contribution des autorités publiques au programme national de lutte contre la maladie sur l'ensemble de la prochaine phase/période de mise en œuvre

→ Les chiffres de la ligne B du tableau d'analyse des déficits de financement et de financement de contrepartie doivent augmenter dans le temps.

- c. Augmentation de la contribution des autorités publiques à l'ensemble du secteur de la santé sur la prochaine phase/période de mise en œuvre
 → Les chiffres de la ligne I du tableau d'analyse des déficits de financement et de financement de contrepartie doivent augmenter dans le temps.

Le taux de financement de contrepartie est évalué à 20% et est donc conforme aux exigences du Fonds Mondial pour cette soumission à la Phase 2 du VIH

4.2 Progrès accomplis en direction des objectifs fixés et impact/résultats

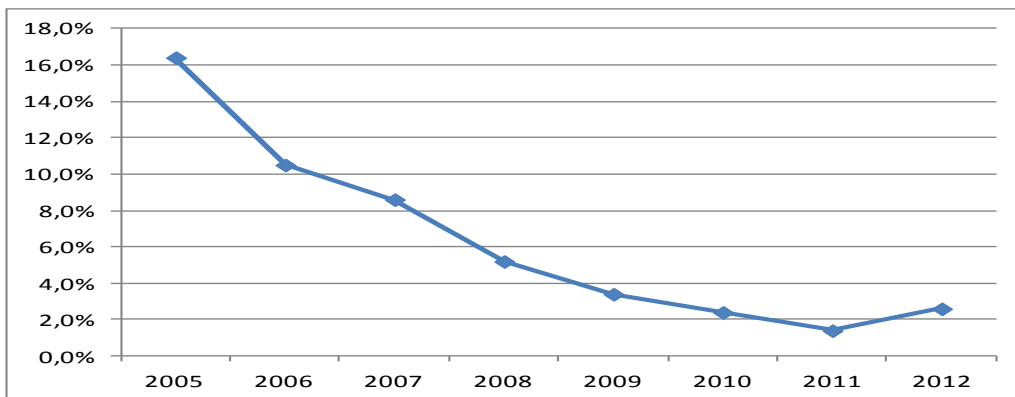
Veillez vous référer aux résultats communiqués par les Récipiendaires principaux concernant les indicateurs d'impact/de résultats du cadre de résultats et indiquer les derniers résultats obtenus, si vous disposez d'informations plus récentes (rapports d'enquêtes, études d'impact, etc.).

Indicateurs d'impact/de résultats	Valeur de référence		30/06/2013		Observation
	Date	Valeur de référence	Cible	Résultat	
Percentage of young women and men aged 15-24 who are HIV infected	1.6%	2009	-	-	
Percentage of adults and children with HIV known to be on treatment 12 months after initiation of antiretroviral therapy	87.8%	2009	>90%	76,8%	
Estimated percentage of child infections from HIV-infected women delivering in the past 18 months - estimated mother-to-child transmission	12%	2010	10,0%	2,1%	
Percentage of female sex workers who are HIV infected	Sex workers: 4.2%	2007	4,0%	0,0%	
Percentage of MSM who are HIV infected	N/A		-	-	
Percentage of women and men aged 15-24 who have had more than one sexual partner in the past 12 months reporting the use of a condom during their last sexual intercourse	60,7%	2009	-	-	
Percentage of sex workers reporting the use of a condom with their most recent client	22,0%	2012	22,0%		
Percentage women aged 15 - 49 years who received an HIV test in the last 12 months and who know their results	31,4%	2009	-		
Percentage men aged 15 - 49 years who received an HIV test in the last 12 months and who know their results	22,8%	2009	-		
Percentage of most-at-risk populations (female sex worker) who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and who reject major misconceptions about HIV transmission	93%	2012	93,0%		
Percentage of most-at-risk populations (MSM) who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and who reject major misconceptions about HIV transmission	NA	NA	Baseline established	-	

En ce qui concerne les indicateurs d'impact et de résultats, le BP a pu reporter seulement certains de ces indicateurs, dont notamment l'estimation de la prévalence de la transmission mère-enfant, la prévalence du VIH auprès des PS et le taux de survie des patients sous traitement, 12 mois après le début du traitement. Les autres, qui ont trait aux populations cibles, n'ont pas pu être reportés, à cause du retard dans les financements. Il est prévu que ces données, surtout celles sur les HSH, puissent être disponibles avant la fin de la première phase de mise en œuvre. Toutefois, sur les trois indicateurs reportés, on registre une bonne performance surtout pour les indicateurs liés à la PTME et aux PS. En ce qui concerne cet indicateur, l'exigüité de l'échantillon peut représenter un biais important pour le résultat final.

Selon le graphique suivant, la mortalité lié au SIDA est passé de 16,1% en 2005 à 2,6% en 2012. Certes, les deux subventiona du Fond Mondial y ont beaucoup contribué. On remarquera que le taux de survie, tel que reporté dans les rapports de progrès antérieurs, y compris ceux relatives à la Série 5, performait aux alentours de 80% en 2011 et il était attendu une amélioration pour 2012. Toutefois, comme le montre le graphique en bas, il y a eu une légère augmentation du taux de mortalité de 2011 à 2012. Ceci d'après le PNLs est du à plusieurs facteurs : 1. les patients rentrent en traitement en retard, des nombreuses fois dans une phase très avancé de la maladie ; 2. Cas en provenance hors de STP et souvent de Pays, ou l'accès au traitement pour les étrangers n'est pas facilement accessible ; 2. Baisse adhérence, surtout pour les patients en traitement depuis un longtemps et aussi du à d' autres facteurs. Toutefois, le BP et le PNLs ont pris des mesure pour adresser ce problème, dans la Fase 2. le PNLs a identifié certains activités, déjà prevues dans la Plan Strategique, pour travailler avec les patients sur l' amelioration de l' adhérence, avec le renforcement des educateurs therapeutique et au même temps travailler sur une meilleur captation des patients, avec l' inclusion des PVV dans le coseil.

Mortalité lié au SIDA, STP, 2005-2012-PNLs



Veillez indiquer si la méthode de collecte des données et les sources utilisées sont conformes au cadre de suivi et d'évaluation approuvé lors de la signature du ou des accords relatifs à la subvention/ au canal de financement unique.

Les méthodes de collecte de données sont compatibles avec le plan nationale de S & E et avec le cadre de performance, convenu dans le cadre de l' accord de subvention.

Les données du suivi et évaluation proviennent en premier lieu du système d'information sanitaire, mais aussi des enquêtes surtout CAP, des évaluations menées par les assistances techniques mobilisées dans le cadre de la subvention ou bien financées par d'autres partenaires. En outre, les rapports issus des missions de supervisions, menés par le PNLs, le FNM, le PNLt, aussi comme les rapport trimestriels des différents SR representent aussi des source d'information pour ceartains indicateurs, dont notamment les PS et les EOv.

Disposez-vous d'un rapport récent sur l'impact et les résultats obtenus dans le domaine de la santé ?

Non

Dans l'affirmative, quand cette étude a-t-elle été entreprise ?

Veillez résumer ses principales conclusions et joindre un exemplaire complet du rapport à votre demande.

Estimez-vous que le programme progresse vers la réalisation des objectifs définis dans la proposition ? Dans la négative, veuillez en indiquer les raisons et expliquer les mesures que vous comptez prendre pour remédier aux difficultés rencontrées.

Comme expliqué dans la Section 4.2 et dans le Chapitre 5, le programme a démontré de bien évoluer vers les objectifs établis dans l' Accord de Subvention. Ceci est aussi confirmé par certains indicateurs d'impact superperformants reporté à la date butoaire et les avancés que le Pays fait vers l' élimination de la transmission mère – enfant, comme reconnu par UNICEF.

C' est dans ce cadre que le CCM est convaincue de la pertinence de la Subvention et de la nécessité de pouvoir recevoir le plus d'information de base pour certains groupes, dont notamment les HSH, porque les activités puissent etre ciblées vers ce groupes.

4.3 Efficacité du programme

4.3.1 Efficacité de l'aide

Des discussions ont-elles été organisées au sein de l'Instance de coordination nationale pour renforcer l'efficacité des modalités de mise en œuvre des financements du Fonds mondial ? Oui

Dans la négative, veuillez en indiquer les raisons et passer directement à la Section 4.3.2.

NA

Dans l'affirmative, le processus faisait-il participer les principales parties prenantes et, notamment, celles qui contribuent à la coordination des activités des donateurs dans votre pays ? Veuillez dresser la liste des principales parties prenantes ayant participé aux discussions.

Les principales parties qui ont participé à ces discussions sont les suivantes :

- La Prémature
- Le Ministre de la Santé avec ces directions principales, le CNE et ses programmes ;
- Les Ministres des Affaires Etrangères, des Finances et Plan, de l'Agriculture, de l'Environnement, de la Jeunesse avec leurs directions ;
- OMS
- UNICEF
- PNUD
- FNUAP
- Banque Mondiale ;
- Banque Africaine du Développement ;
- OCEAC
- La société civile
- Le secteur privé
- Les Fondations ;
- Les associations de personnes affectées par le VIH/Sida
- Les Coopérations Techniques du Brésil, France, Portugal et USA
- Les représentants des ambassades pas résidents.

Veuillez exposer les principales conclusions.

Dès la création du CCM Sao Tome e Principe, le règlement intérieur avait intégré non seulement la coordination des subventions du Fonds Mondial, mais aussi la coordination des actions de tous les intervenants en appui au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. En outre, toutes les parties prenantes sont bien représentées dans le CCM en vue d'une coordination accrue.

Depuis un certain nombre de décisions importantes ont été prises.

Une cellule de Coordination de l'Aide a été créée en mai 2010 sous la tutelle de la Direction Générale de la Coopération Internationale avec le but de produire des résultats susceptibles de viabiliser la coordination de l'aide publique au développement. Cette unité est chargée de coordonner l'action des partenaires au développement qu'ils soient résidents et basés à l'extérieur avec des réunions annuelles.

Cette cellule s'est dotée depuis 2011 d'un Système Intégré de Suivi d'Aide (SISA), où tous les partenaires au développement doivent rendre compte de manière trimestrielle, et dont les rapports sont disponibles en ligne.

En janvier 2011, le CCM Sao Tome e Principe a décidé que les subventions du Fonds Mondial soient alignées au cycle fiscal du pays de même que pour tout programme ou projet.

Toutes les soumissions, ainsi que les reconductions de propositions doivent être alignées avec les documents nationaux, à savoir le Plan Stratégique National, le Plan de S&E et le Plan National de Développement Sanitaire.

En raison de la forte dépendance du pays de l'APD, le gouvernement de Sao Tome e Principe a décidé que toutes les questions liées à la gestion de l'aide au développement, y compris l'efficacité de l'aide, soient gérées au niveau central.

Les subventions du Fonds Mondial sont bien prises en compte par cette unité et un rapportage trimestriel est fait de manière systématique. Le PNUD comme d'ailleurs le président du CCM Sao Tome e Principe siège dans les réunions annuelles avec les autres intervenants.

C'est dans ce cadre que en Juillet 2013, une réunion élargie de tout les partenaires au développement pour Sao Tomé et Principe s'est dérouler avec l'objectif de améliorer la coordination de l'aide et pouvoir utiliser les mecanisme existants pour cela. C'est aussi dans ce cadre que le Président du CCM a pris l'initiative de profiter de la présence des partenaires non résident , pour tenir une reunion élargie pour le secteur de la santé. Ceci a été l' occasion de pouvoir présenter les priorités et les gaps pour le système de la santé, y compris le VIH/SIDA.

Le PNUD fait aussi partie intégrante des groupes thématiques établis au sein des Nations Unies, notamment celui sur l'accès aux services sociaux de base, et qui ont comme objectif de coordonner les interventions du Système des Nations Unies et d'assurer la coordination aussi avec les autres partenaires dans les domaines concernés.

Avez-vous, sur la base de vos discussions, identifié des risques significatifs ? Si tel est le cas, veuillez les décrire et indiquer les mesures que vous comptez prendre pour y remédier et en assurer le suivi au cours de la prochaine phase/période de mise en œuvre.

NA

4.3.2 Équité

Avez-vous procédé à une évaluation de l'équité ou celle-ci a-t-elle été réalisée dans le cadre du programme national ou par d'autres parties prenantes pendant la phase/période de mise en œuvre en cours ? Non

Dans la négative, veuillez en indiquer les raisons.

Pendant la phase 1 de mise en œuvre de cette subvention, il n'y a pas eu une évaluation de l'équité. Toutefois, les documents clés dans le secteur de la santé, qui servent de référence à la présente subvention, comme notamment le Plan National de Développement Sanitaire, la politique nationale de santé et la carte sanitaire, se fondent sur le principe même de l'équité.

La politique nationale de santé dit que un des objectifs principaux de la réforme du secteur de la santé vise à garantir la contribution du le système de santé à l'équité et à la justice sociale au travers de l'accès universel et de la protection sociale.

Sur la base des données de l'EDS 2009 concernant le recensement de la population, des populations à risque présentant un profil de pauvreté ont été identifiées et des actions spécifiques sont prévues à leur égard.

Des mesures plus concrètes ont été prises sous l'impulsion du président du CCM Sao Tome e Principe par les programmes nationaux, à savoir la gratuité des moyens de prévention, le traitement et la prise en charge du VIH/SIDA. Toutefois, il faut noter que le principe de gratuité s'applique aussi aux autres deux maladies. En outre, certains groupes, dont notamment les PS, les hommes, les femmes et les enfants défavorisées ont un accès facilité aux services sociaux de base.

Grace à la subvention du Fonds Mondiale sur le VIH/SIDA, un réseaux, appelé *REDE VIDA*, a été réactivé. Ce réseaux, qui unit différentes institutions gouvernementales et de la société civile, a pour objectif principal de faciliter l'accès aux différents services de base, legale, médicale, psychosociale, pour certains groupes, dont notamment les PS, les femmes, les hommes et les enfants victimes de violences, les HSH et d'autres groupes vulnérables, à travers un système de référence entre les différents services.

Toutefois, le CCM Sao Tome e Principe va diriger une note à l'attention des partenaires techniques, y compris l'Initiative du 5%, pour que une évaluation extensive de l'équité puisse être menée dans les programmes.

Dans l'affirmative, veuillez décrire le processus d'élaboration de l'évaluation de l'équité.

NA

Veuillez exposer les principales conclusions de l'évaluation en les étayant, si possible, par des informations complémentaires (données ventilées par groupes de population pour les principaux indicateurs, conclusions d'études qualitatives, littérature « grise », etc.).

NA

Avez-vous, dans le cadre de ces discussions, identifié des risques majeurs (lacunes dans les données disponibles ou dans l'utilisation des données pour évaluer l'équité, inégalités et impacts/résultats de la couverture des services, lacunes ou points faibles dans la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes ou obstacles structurels) ?

Non

Dans l'affirmative, veuillez énumérer et indiquer : a) les mesures que vous comptez prendre pour remédier à ces risques pendant la prochaine phase/période de mise en œuvre ; b) les mécanismes qui seront mis en place pour suivre les progrès accomplis pendant la prochaine phase/période de mise en œuvre ; c) les mesures de renforcement du système de suivi et d'évaluation à adopter pour collecter les données nécessaires au suivi des résultats.

NA

4.3.3 Optimisation des ressources

Veillez indiquer, pour chacun des trois volets de l'optimisation des ressources énumérés ci-dessous, comment le programme utilise les ressources disponibles pour renforcer l'impact sur la santé.

Économie : le programme minimise-t-il les dépenses liées aux ressources tout en maintenant la qualité des services ?

Lors de la mise en œuvre de la phase 1 de la Subvention VIH, un ensemble d'efforts a été porté et sera poursuivi dans le cadre de la phase 2-dans le sens de la minimisation des dépenses sans porter atteinte à la qualité des résultats.

Sur les trois subventions mises en œuvre à Sao Tome e Principe, le PNUD, en tant que bénéficiaire principal, assure que le « best value for money » soit le principe directeur en matière d'acquisition. Ce même principe est utilisé par le BP dans la sélection des SR. C'est l'application de ce principe qui a aussi permis de sélectionner une nouvelle ONG pour la Prise en Charge des EO, qui avec le même montant alloué dans la Subvention est arrivé à atteindre plus que double des enfants prévus dans le cadre de performance (74 vs 35) et de cibler, pour la première fois des enfants dans le RAP. Cette approche a permis que cet indicateur atteigne au 211% !

Les règles et procédures pour les acquisitions sont ainsi régies selon ce principe qui vise à l'optimisation des ressources grâce à des prix compétitifs obtenus à travers de la passation de marché de manière concurrentielle et de contrats de long terme (LTA) avec les fournisseurs et les consultants.

Profitant de sa présence internationale PNUD peut grouper les commandes de différents bureaux pays dans des cas spécifiques afin de pouvoir passer des marchés consolidés et obtenir des prix compétitifs, c'est-à-dire la meilleure valeur pour les services de meilleure qualité.

Le PNUD a aussi élaboré un manuel pour les sous récipiendaires dans lesquels les SR doivent aussi respecter ce même principe de « best value for money » dans leurs acquisitions et s'assurer que la meilleure valeur pour les services de meilleure qualité soit appliquée. Les départements d'approvisionnement et des finances de l'unité de gestion du PNUD s'assurent ensemble de l'application systématique de ce principe, en vérifiant chaque processus d'achat en provenance des programmes et des SR avant de procéder à l'achat.

Le PNUD, en sa qualité de bénéficiaire principal, a décidé d'aligner ses dépenses sur ceux du gouvernement –plutôt que ceux des Nations Unies- pour les personnels de l'Etat lors des déplacements dans le territoire, et plus précisément vers la Région Autonome de Principe, soit un gain de 50% environ.

La distribution des coûts de fonctionnement de l'unité ainsi que ces des ressources humaines sur les trois subventions permet aussi au BP d'optimiser les ressources disponibles.

Rapport coût-efficacité : le programme optimise-t-il la performance des ressources disponibles et obtient-il les résultats escomptés au coût le plus bas possible ?

L'efficacité fait partie aussi des principes directeurs que le PNUD applique à la gestion des subventions et que le CCM Sao Tome e Principe intègre dans chaque proposition dès sa conception.

Le PNUD a ainsi pu réaliser des gains d'efficacité en matière de mise en œuvre des politiques de santé et de procédure du fait sa performance opérationnelle.

Le PNUD, au niveau global, a établi un système de « capacity assesment » dans le choix et la gestion des SR qui, combiné avec le principe de « Best Value for Money », assure que la meilleure performance soit obtenue au coût le plus bas possible à tous les niveaux.

Le même principe est aussi appliqué dans la gestion des intrants médicaux et pharmaceutiques, en évitant les risques de perte et en assurant une utilisation rationnelle des produits. Ceci ce fait à travers des quantifications développées avec toutes les parties prenantes, surtout les programmes nationaux, assurant qu'elles soient le plus proches des projections, et aussi avec des contrôles de stock et suivi de la distribution au niveau périphérique.

Efficacité : l'approche et les activités du programme sont-elles adaptées aux objectifs et correspondent-elles aux actions nécessaires dans ce contexte pour lutter contre cette maladie ?

Aucune étude d'impact n'a été réalisée pour évaluer l'efficacité de la Subvention, étant donné aussi la courte période de mise en œuvre. Une étude sera faite à la fin de la subvention.

Malgré les bons résultats atteints lors de ces premiers 18 mois d'exécution de la Phase 1 de la Subvention, STP – 011 – G05 – H, il est à remarquer que l'absence d'un Cadre Stratégique National pour la période correspondante nous limite dans l'évaluation de l'impact de la Subvention.

Il est aussi à remarquer que, à la date butoir, le FMstp a décaissé un peu près de 20% des ressources prévues dans l'Accord de Subvention. Ceci a impliqué que certaines activités clés, notamment celles liées à l'approvisionnement, les groupes à risques et celles de l'ATI, n'ont pas pu être réalisées comme initialement prévue. Ce retard dans la mobilisation des ATI a aussi impacté le rapportage pour certains indicateurs clés, dont ceux sur les HSH et certains liés au PS.

Toutefois, si l'on évalue les indicateurs d'impact à la date butoir, comme reportés dans le dernier rapport de progrès, dont notamment la transmission mère enfant estimée, 2,1%, le taux de prévalence du VIH chez les PS 0%, et d'autres indicateurs, qui ne sont pas directement prévus dans l' Accord de Subvention, comme le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceinte, 0,3 % en 2011 et 0% en 2012, le CCM estime que l'investissement fait dans le cadre de cette subvention est bien justifié.

Le CCM a aussi recommandé que dans le développement de la Phase 2 pour le VIH, des actions de renforcement puisse être inclus en direction des populations cibles, notamment HSH et PS et des PVV.

Des risques majeurs ont-ils été identifiés concernant l'optimisation des ressources ?

Non

Si tel est le cas, veuillez indiquer les mesures que vous comptez prendre pour y remédier et suivre les progrès accomplis au cours de la prochaine phase/période de mise en œuvre.

N/A

4.4 Évaluation de la qualité des services

La présente section ne s'applique pas aux subventions ou programmes transversaux de renforcement des systèmes de santé. Veuillez passer à la section 4.5 « Partenariats » si votre demande concerne une subvention ou un programme transversal de renforcement des systèmes de santé.

Veuillez décrire les systèmes de gestion de la qualité (amélioration de la qualité/assurance qualité) qui garantissent la conformité aux directives nationales et aux procédures opérationnelles normalisées.

Une Evaluation Rapide de la Qualité des Services n'a pas été réalisée dans le Pays récemment et la proposition originelle ne le prévoyait non plus. Toutefois, les trois documents clefs du système sanitaire de São Tomé et Príncipe, CS, PNDS, PNS, indiquent comme un des objectifs centraux de la réforme du système sanitaire national, l'amélioration continue de la qualité des services offerts à la population, à tous les niveaux de prestation.

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales est le premier responsable de l'élaboration des plans et des politiques nationales, y compris de tous les aspects techniques liés à la gestion de la santé, à la qualité des services et aux respects de normes standards. En ce qui concerne la lutte au VIH/SIDA, le Plan Stratégique pour la période 2013 – 2017, dont le CNE/PNLS vient de se doter, ainsi que le Plan de Suivi et Evaluation du même, régit le cadre de mise en œuvre de la gestion du VIH/SIDA à STP et indique le CNE/PNLS comme le responsable sous l'égide du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

A cet effet, c'est sous l'impulsion du PNLS que les différents protocoles sont rédigés. L'OMS au niveau local avec l'appui de l'OMS régional assure la qualité des mêmes, ainsi que le respect des normes et des standards mandatés par la même organisation.

En ce qui concerne la prestation des soins au niveau central et périphérique, le PNLS conduit des missions de supervision formative de manière trimestrielle. Ceci permet à la coordination du PNLS, d'un côté de vérifier que la prestation des soins est faite en ligne avec les protocoles établis au niveau national, et de l'autre de pouvoir corriger toute déviation des lignes guide. Les fiches de supervision sont signées par le prestataire et le superviseur, en outre une fiche de suivi des recommandations à l'intention du supervisé est établie pour permettre aux superviseurs de veiller à sa mise en œuvre lors des supervisions suivantes, le cas échéant.

En ce qui concerne le personnel sanitaire, le PNLS organise des formations et des sessions de recyclage continues. Ceci assure que toute mise à jour et/ou changement de protocole/ligne guide soit mise en œuvre.

En ce qui concerne la gestion des médicaments, des missions de supervision du FNM et du Département de la Pharmacie se déroulent de façon trimestrielle du niveau central au niveau périphérique, non seulement pour vérifier la situation des stocks, mais aussi pour vérifier la qualité de stockage des médicaments.

Un plan d'assurance qualité vient d'être élaboré en collaboration avec le Département de la Pharmacie.

La mise en œuvre de ce plan, qui va démarrer en 2013, prévoit aussi un rôle accru du Département de la Pharmacie au niveau de l'élaboration de la politique pharmaceutique (OMS) et la réalisation des activités liées à la pharmacovigilance.

Une équipe d'IEC et mobilisation sociale est présente au sein du CNE et assure la supervision des activités de CCC mises en œuvre sur le terrain, par les différentes ONG. Cette unité collabore avec le Centre National d'Education pour la Santé, qui assure la qualité des messages de CCC soient conformes avec les activités de prévention et prise.

Veuillez énumérer les risques majeurs susceptibles d'avoir un impact négatif sur la qualité des services (le cas échéant). Veuillez indiquer les mesures que vous comptez prendre pour y remédier et suivre les progrès accomplis au cours de la prochaine phase/période de mise en œuvre.

N/A

Si aucune évaluation rapide de la qualité des services (RSQA) n'a été réalisée dans votre pays, passez directement à la section 4.5 « Partenariats ».

Veillez vous référer aux informations les plus récentes sur la qualité des services figurant en annexe de la lettre d'invitation des Instances de coordination nationale et fournir, le cas échéant, des informations actualisées (directives nationales/protocoles mis à jour).

NA

4.5 Partenariats

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous l'assistance technique (AT) reçue à ce jour dans le cadre de la phase/période de mise en œuvre en cours ou prévue dans le cadre de la prochaine phase/période de mise en œuvre, de la part des Récipiendaires principaux et/ou des sous-Récipiendaires.

Source de l'AT/Catégorie d'AT	Période de mise en œuvre en cours	Prochaine période de mise en œuvre
Bilatérale	<p>ABC : PTME, ARV pédiatrique. Dans le cadre de la coopération Sud – Sud, ABC a aussi facilité les échanges d'expérience entre les PNLS de Pays PALOP, visites d'étude, Project <i>saber mais para reagir</i>, dirigés surtout aux organisations de la société civile et des personnes vivant avec le VIH.</p> <p>USAID : renforcement du volet prévention avec les groupes en uniformes.</p> <p>IPAD/Ambassade du Portugal : financement du Project Saude para Todos, qui entre autres contribue à l'achat des médicaments ARV pour la première ligne, ainsi que au renforcement du système de santé</p>	<p>ABC: PTME, ARV pédiatrique. Visite d'étude et échanges d'expériences.</p> <p>USAID : renforcement du volet prévention avec les groupes en uniformes.</p> <p>IPAD/Ambassade du Portugal : médicaments ARV pour la première ligne</p>
Multilatérale	<p>OMS : Appui développement plan stratégique 2013 - 2017</p> <p>Banque Mondiale : Renforcement du SNIS avec différentes missions en 2012 ;</p> <p>UNICEF : ATI PTME, achat TDR</p> <p>UNFPA : achats préservatifs, appui PTME, IEC/CCC femmes et jeunes filles avec comportement de risque</p>	<p>OMS : ATI à être définies en fonction des besoins du PNLS à être prises en compte lors du prochain cycle de programmation</p> <p>UNICEF : PTME, TDR</p> <p>UNFPA : achats préservatifs, appui PTME, IEC/CCC femmes et jeunes filles avec comportement de risque</p> <p>EU : projet de lutte contre la mortalité maternelle et infantile</p>
Organisations de la société civile	<input type="checkbox"/>	
Secteur privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutions universitaires	Université de Lisbonne : appui tests génétique et charge virale <input type="checkbox"/>	Université de Lisbonne : appui tests génétique et charge virale
Mixte/autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Décrivez les éventuelles lacunes et/ou les besoins en renforcement des capacités qui ne sont actuellement pas pris en compte par les fournisseurs d'assistance technique.

SECTION 5 : RÉSULTATS DE LA PHASE/PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE EN COURS (RP1)²

5.1 Résultats programmatiques et qualité de la gestion

5.1.1 Résultats programmatiques

Évaluez globalement les progrès accomplis par le Récipiendaire principal pendant la phase/période de mise en œuvre en cours en fonction des principaux indicateurs programmatiques du cadre de résultats.

L'évaluation de la performance des indicateurs de la subvention est faite sur la base du dernier rapport de progrès à la date butoir, qui a déjà été soumis au FMstp et est en cours d'évaluation au moment de la soumission. L'objectif principal de la subvention est de réduire la mortalité et la morbidité du VIH parmi les PVV à STP. La Subvention vise le VCT, la prévention auprès des populations à haut risque de comportement, dont notamment les PS et les HSH, la PTME, le traitement des IST et la deuxième ligne de TARV pour les patients éligibles. Cette Subvention a démarré en retard et a connu des entraves dues, d'un côté, au changement dans les arrangements institutionnels pour certains SR et de l'autre, à la mise en œuvre du nouvel système comptable du PNUD. De manière générale et malgré les retards initiales, la performance globale de la Subvention a évolué positivement lors des 18 mois passés, atteignant une performance moyenne de 85% sur les Top Ten Indicators. Le récapitulatif de la performance des indicateurs est repris ici – bas :

Indicateurs d'impact/de résultats	Valeur de référence		2012		Pourcentage	30/06/2013		Pourcentage (latest available reporting period)
	Date	Valeur de référence	Cible	Résultat	31/12/2012	Cible	Résultat	
OUTPUT								
Number of men who received testing and counseling services for HIV and received their test results	3316	2010	5.860,00	2.053,00	35%	3.130,0	1.530,00	49%
Number of women who received testing and counseling services for HIV and received their test results	11047	2010	13.080,00	9.061,00	69%	6.170,0	5.653,00	92%
Number of sex workers reached through community outreach with at least one HIV information, education, communication or behavior change communication	54	2007-2010	54,00	32,00	59%	36,0	67,00	186%

² Veuillez remplir la section séparément pour chaque Récipiendaire principal.

Number of people with advanced HIV+ infection receiving ARV treatment (second line) according to national guidelines	16	2010	45,00	27,00	60%	47,0	30,00	64%
Number and percentage of TB patients who had an HIV test result recorded in the TB register among the total number of registered TB patients	100% (112)	2010	100% (56)	100%	100%	100% (56)	100,0%	100%
Number of HIV+ patients receiving cotrimoxazole prophylaxis for opportunistic infections	152	2010	18,0	52,00	289%	18,0	25,00	139%
Number of orphans receiving package of services	35	2010	35	74,00	211%	-	-	
Number and percentage of infants born to HIV-infected women who received an HIV test within 12 months of birth	NA	2010	13/15 (86%)	11,00	73%	7,0	16	229%
Number and percentage of infants born to HIV-infected women starting on co-trimoxazole prophylaxis within 2 months of birth	NA	NA	15 (100%)	19,00	126%	6,0	17,00	127%
Number of health care workers trained on universal precautions	264	2010	20,00	17,00	85%	60	58	97%
Number of health districts providing complete and timely reports	0	2011	5,0	0	0%	6,0	2	33%

En ce qui concerne le premier indicateur, on registre une évolution croissante sur les 18 mois, comme on peut le voir dans le tableau, malgré il est bien en dessous de la moyenne des 85%. Il est important de remarquer que les cibles de cet indicateur ont été établies sur l'hypothèse que avec la mise en œuvre de la stratégie PICT, c'est-à-dire l'intégration du VCT dans tous les niveaux de prestations des soins, plutôt qu'une activité détachée du service sanitaire, elle aurait emmené au testage un plus grand nombre de personne, dont aussi des hommes. Néanmoins, la stratégie PICT n'est pas mise en œuvre de manière général dans le système sanitaire de STP. Un autre facteur qui a impacté négativement sur cet indicateur est aussi la fermeture des GATV, qui étaient gérés auparavant par MDM – Portugal. Finalement, il existe aussi un facteur comportemental, comme il a été remarqué lors de la dernière enquête CAP, qui fait que les hommes, plus que les femmes, manifestent une certaine difficulté et réticence à accepter le test du VIH, d'un part du a la peur de se découvrir séropositif, de l'autre part du au fait qu'ils ne reconnaissent/acceptent moins l'existence de ce risque. Toutefois, le PNLS et les ONG et associations à base religieuse, qui travaillent sur le VIH/SIDA, ont pu, au cours de la première période de mise en œuvre, identifier des mesures pour augmenter le degré d'acceptation du VCT auprès des hommes, dont notamment la promotion du test lors des grands évènements. Ceci a permis une certaine amélioration. En outre, lors de la révision budgétaire approuvée en Juillet 2013, le PNLS a proposé des activités d'IEC avec le développement de message *ad hoc* pour ce groupe. Toutefois, comme dit plus haut, et sur la base du nouveau Plan Stratégique, le CCM estime qu'il y a eu une surestimation pour les cibles de cet indicateur.

Contrairement au premier indicateur, le deuxième indicateur, qui se réfère aux femmes testées et qui reçoivent leurs résultats, performe a 92% à la date butoir, avec une amélioration croissante, 69% au 31/12/2012. Cet indicateur est impactée positivement par les bonnes performances de la mise en œuvre de la PTME au niveau national. Ceci est démontré par la bonne performance des autres indicateur, directement liées a la PTME, dont notamment le nombre et le pourcentage d'enfants né(e)s de mères – séropositives qui 1. Reçoivent le test du VIH dans les 12 mois après la naissance ; 2. Commencent la prophylaxie avec le co-trimoxazole dans les deux mois après la naissance. A la date butoir, le premier performe a 229%, alors que le deuxième est à 127%. La bonne performance de ces indicateurs liées a la PTME sont en partie du au bon Programme de Sante – reproductive dont le Pays dispose, ainsi que aux synergies établies avec le PNLS. Toutefois, un renforcement important vient de la Subvention du FMstp qui appui le programme avec un suivi régulier et domiciliaire des femmes séropositives et de leur enfants. Ceci a permis de réduire le nombre des perdue de vues auprès des femmes et de ainsi maintenir une bonne captation des enfants, tout en réduisant le risque de transmission, qui est estimé a 2%.

En ce qui concerne l'indicateur 3 liées aux activités de sensibilisation auprès des PS, cet indicateur a connu des difficultés initiales, 0% au 30/06/12 du au changement institutionnel que le CCM et le BP ont apporté aux activités y reliées. Tout d'abord, il est à remarquer que l'approche pour ce groupe cible au niveau de la RAP est différent que celui utilisé à Sao Tome. En effet, elle a été adaptée, tenant compte des résultats du diagnostic sur le commerce du sexe, réalisé par l'ONG **ALISEI** et le rapport de l'ATI sur les PS réalisé en 2010. D'après le diagnostic, aucun homme et/ou femme a été identifiée comme PS. D'après les deux rapports, il résulte difficile d'assimiler les comportements observés comme étant de commerce du sexe. Les deux rapports recommandent que le Project doive cibler les jeunes filles et les femmes en générale, au vu du niveau de haut risque de comportement pratiqué, plutôt que des femmes engagées dans le commerce du sexe proprement dit. Ces recommandations jointement avec les données épidémiologiques du RAP, 2,2%, plus élevé que celui de ST, 1,5, ainsi que le nombre de grossesse précoces, plus élevé au RAP que a ST, ont emmené le BP et le PNLS à cibler les jeunes filles et les femmes dans certains endroits géographiques de l'île.

En outre, sur la base du rapport d'évaluation de la Subvention de la Série 5 et du rapport de la dernière ATI sur les PS de 2010, il a été décidé d'adapter au contexte national et aux besoins mis en évidence, le montage institutionnel pour les activités des PS. L'INPEG a été ainsi retenu comme SR, alors qu'Alisei a été recruté comme SSR et avec la responsabilité de pouvoir identifier deux ONG locales pour réaliser le travail de terrain, *outreach* à travers l'éducation par le pairs *et* suivi des PS. Cette décision se motive par le fait d'avoir une institution gouvernementale, qui puisse être de relais et mener le plaidoyer auprès des décideurs politiques, en faisant avancer le dialogue national sur les **droits des groupes cibles**, ainsi que sur la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles au VIH/SIDA à STP. Ces deux changements clefs, ainsi que l'intégration des PS dans les AGR de leur choix, à partir du premier trimestre 2013 ont contribué à une évolution positive de cet indicateur, qui à la date butoir performe au 169%.

En ce qui concerne l'indicateur 7, le BP en collaboration avec le CCM a pris des dispositions en vue d'améliorer la performance et la gestion de la prise en charge des EOV, intégrant les leçons apprises, issues de l'évaluation finale de la Subvention de la Série 5. En effet, en ce qui concerne la prise en charge des EOV, une ONG différente par rapport à celle indiquée dans la proposition originale a été sélectionné pour la mise en œuvre de cette activité. Il est à remarquer que malgré ce retard initial, cette indicateur performait a 211% au 31/12/2012, dernier rapport pour cet indicateur, en atteignant 74 EOV, contre les 35 prévus dans le cadre de performance. Il est attendu que au 31/12/2013, 100 EOV soient atteints, dont 25 dans au RAP, contre les 40 EOV total prévus dans le cadre de performance. La bonne performance de cet indicateur n'est pas seulement du au changement institutionnel, mais aussi au fait que le BP, en collaboration avec le PNLS ait établi tout d'abord des critères d'éligibilité pour bénéficier de cette prise en charge et ensuite 80 enfants ont été sélectionnés en collaboration avec les déléguées des districts, des institutions et ONG qui s'occupent d'enfants vulnérables et le PNLS.

Pour les indicateurs liées à la prise en charge et au traitement des PVV, ainsi que à la coinfection, deux des trois indicateurs ont une bonne performance dès le démarrage de la Subvention, notamment celui relatif au nombre et pourcentage des patients TB+ qui ont le test VIH enregistré dans le registre TB et celui relatif au nombre de patients qui reçoit la prophylaxie

au co-trimoxazole. Par contre l'indicateur relatif à la TARV de 2eme ligne n'a pas atteint la cible prévue dans le cadre de performance. Ceci est du au fait que les cibles pour la première phase ont été établies sur la base des résultats des tests de résistance, élaborés avec l'appui de l'Université de Lisbonne, conjointement aux projections du Spectrum.

En ce qui concerne le S&E, la dernière OSDV a mis en évidence une faiblesse relative à la gestion et transmission des données. Ceci aussi au vu du retard dans la réception des rapports en provenance des districts, comme mis en évidence dans le dernier indicateur d'output du cadre de performance. Cet indicateur performait au 0% au 31/12/2012 et au 33% à la date butoir. Toutefois, déjà depuis le deuxième trimestre 2013, les 7 districts ont envoyé les rapports à temps et complet. On peut donc dire qu'il y a une amélioration croissante sur cet indicateur, qui est aussi du à un travail de renforcement des capacités que le BP a fait vis-à-vis du PNLS et des Epidémiologistes des districts. Une ATI en S&E est prévue pour l'amélioration du système de gestion des données au niveau du PNLS.

Indiquez les mesures que compte prendre l'Instance de coordination nationale/Instance de coordination régionale/Instance de coordination sous-nationale pour exercer ses responsabilités en matière de supervision et remédier aux problèmes de résultats.

Le CCM partage le résumé sur la performance globale de la Subvention et est extrêmement concernée avec le retard dans la mise en œuvre et il envisage renforcer son playdoyer vis-à-vis du FMstp pour qu'il y ait l'application des décaissements annuels, d'autant plus pour les montants de cette subvention.

Le CCM recommande aussi qu'il puisse y avoir une meilleure harmonisation parmi tous les intervenants dans le système de santé, visant le renforcement du SIS.

Veillez récapituler les défis actuels en matière de systèmes de suivi et d'évaluation et de capacités sur la base des évaluations récentes réalisées pendant la phase/période de mise en œuvre en cours. Indiquez les progrès réalisés pendant la phase/période de mise en œuvre en cours en matière d'application des recommandations pour renforcer ces systèmes grâce aux subventions/canaux de financement uniques du Fonds mondial et d'autres partenaires. Justifiez les dépenses engagées pour le suivi et l'évaluation (et notamment les écarts, le cas échéant) par rapport aux financements approuvés dans le cadre du régime de subvention/canal de financement unique du Fonds mondial pendant la phase/période de mise en œuvre en cours.

Pour le système de S&E, lors de la dernière OSDV, cinq questions ont été soulevées par rapport à la qualité des données reportées. Lors de la soumission du dernier rapport de progrès à la date butoir, le BP a partagé avec le FMstp un Plan d'Action sur les actions entreprises et le délai proposé pour remédier aux problèmes rencontrés:

Question identifiée - FMstp	Importance - FMstp	Recommandation - FMstp	Obs. BP	Délai - FMstp	Action prise par le BP	Délai finalisation Action - BP
Primary sources of indicators should remain in the health facilities	Major	PR should produce and distribute forms that produce carbonless copies	Accepted	June 2013	Forms that produce carbonless copies have been planned to be produced, as far as the GF make funds available to do so. Follow-up the application of the form at all levels. Partnership with Reproductive health program	As soon as funds become available and anyhow before the end of the year 2013.

<p>Paper based consolidation of data at the district level limits the capacity of the program to analyze the collected data</p>	<p>Major</p>	<p>A movement to an electronic database at the district level (collecting paper data from SDA for data entry and analysis) should be:</p> <p>1-assessed;</p> <p>2-Planned (HR, Material, training, budget);</p>	<p>Accepted but its full implementation will be done by the first quarter of 2014</p>	<p>June 2013</p>	<p>(i) Meeting done with RDE and PNLS M&E team emphasizing this issue.</p> <p>(ii) Electronic database at district level could be done with TB national consultant & M&E HIV international consultant planned by the PNLS</p> <p>I) Follow-up the application;</p> <p>II) Appraisal conducted at the district level and needs identified, mainly material, HR and training;</p> <p>III) PR included this task within the TOR of the M&E consultancy and resources available within the SSF grant/MEST action plan will be used for the three grants to meet the needs at the districts level, as planned;</p> <p>IV) UNDP is also working with the Brazilian cooperation, in which the latter is providing technical assistance on the installation of an internet based programme for the transmission of reports from the peripheral to the central level. Unfortunately, this program that is mainly focused on malaria started more than three years ago and is stuck due to some challenge at the ABC level. The representative of the Brazilian cooperation reassured that this system will be concluded by the end of the year. IV) The China/Taiwan cooperation is also mainly working on the malaria with the use of dropbox technology for transmitting the information for Malaria. This could and is a temporary alternative, until the Brazilian system will not be in place and extended to the three programs</p>	<p>First Quarter of 2014</p>
---	--------------	---	---	------------------	--	------------------------------

Indicator definition are not understood in health facilities, and are reported using diverse data source	Major	PR should disseminate a written guideline that explains all of the required indicators, how they are calculated and from what data source		June 2013	(i)A collection form manual has been disseminated to RDE; (ii)Guideline & training on how indicators are calculated could be done using any general training sessions on which the key-health personnel will participating, using 2 hours (i)Follow-up the application of training session for health personnel	IMPLEMENTED
Quality control of the reported indicators	Major	PR should verify the validity, consistency and quality of reported data	This is a continue activity done by PR and improvement has been made in the reported indicators	Immediately	Continue activity In the case of the HIV grant, feedback and rating from GFATM is not received on routine basis, which makes difficult for PR and NAP to improve from PUDR to PUDR.	Implemented
For Angolares health centre the ANC staff should register when a woman has her second HIV test. STI diagnosis			Refused	Recommendation from the previous period	A Field visit was done by the PNLs & PR upon reception of the OSDV letter and found that this issue is not applicable as the second HIV test and STI diagnosis is systematically registered.	n/a

5.1.2 Gestion des risques de la subvention/source de financement unique

Veillez indiquer, le cas échéant, les principaux risques et problèmes liés à la gestion de la subvention/canal de financement unique, y compris ceux qui figurent en annexe de la lettre d'invitation des Instances de coordination nationale. Veillez indiquer les mesures que vous comptez prendre pour y remédier et suivre les progrès accomplis au cours de la prochaine phase/période de mise en œuvre.

Le Plan d' action du BP relatif aux questions liées au S&E, soulevées dans le dernier rapport de a été repris dans la sSection 5.1.1. Ici en bas, on reprends les questions relatives aux autres aspects de la gestion des la Subvention, soulevés dans le rapport de OSDV ainsi que dans la Pre-évaluation du FMstp.

Tableau récapitulatif des problèmes et recommandations

Problèmes identifiés	Recommandations	Délais proposés	Action du BP
Gestion des Approvisionnements et des Stock - GAS			
Trois mois de ruptures de stock de test VIH ont été signalés par les districts épidémiologistes, mais pas des mesures efficaces ont été prises par le BP	Le PNLs et le BP doivent suivre la situation des stocks au niveau des district de manière plus fréquente. Un plan d'action pour atténuer les situations des ruptures de stock devrait	Immédiat	Une ATI sur le GAS est en cours au niveau du BP et elle va appuyer le PNLs et le FNM dans l' élaborations et l'adaption

	être élaboré et mis en place pour éviter les ruptures de stock à l'avenir.		des outils pour un meilleur suivi des stock au niveau central et périphérique. Un staff dédié au suivi des stock/inventaire va aussi être recruté, suite aux recommandations sur le RCF du Paludisme
Défis générales dans la soumission de documents de qualité relatifs au GAS	CCM et BP doivent investir dans la préparation du Plan GAS, qui est à soumettre dans la phase 2.	Continue	Le recrutement de l'ATI va appuyer dans la soumission des documents
	Le BP doit entreprendre des actions visant le renforcement du GAS au niveau du BP	Continue	Un Procurement Associate a été recruté comme le responsable de l'équipe d'Approvisionnement de l'Unité de Gestion. L'ATI est aussi chargé de le former.
Gestion financière			
Reconciliation entre les états financiers des SR et les informations disponibles dans les rapports de ATLAS	Le BP doit, en collaboration avec les SR, reconcilier les informations en provenance des états financiers et des rapports issus d'ATLAS ; Le CCM et le BP doivent mettre en place des mécanismes pour réduire l'utilisation de monnaie courante pour les paiements. Des paiements en chèque et/ou par virement bancaire devraient être préférés	Immédiat	En ce qui concerne le premier élément, il existe dans le format de rapport des SR vers le BP une section consacrée à cette réconciliation. Le BP va renforcer l'importance de l'utilisation de cette section à travers les formations et va systématiquement faire cette réconciliation pour être vérifiée par le LFA. En ce qui concerne cette deuxième recommandation, elle est faite systématiquement aux SR lors des formations et après l'analyse des rapports. Le BP et le CCM vont renforcer cette formation.
Correction des erreurs du rapport financier fait dans le système ATLAS	Le BP doit corriger une dépense de USD 18,900, réduite au niveau des dépenses du BP, alors qu'il s'agissait d'un remboursement d'un SR et USD 1691, erroneusement reportés comme dépenses du BP	Immédiat	BP a déjà pris l'action et les deux erreurs ont été corrigées.
Non rapportage des intérêts dès le début de la subvention	BP doit reporter systématiquement les intérêts à la fin de chaque année.	n/a	Sur la base des accords entre le BP au niveau de son quartier général et le FMstp, les intérêts sont reportés de forme annuelle, lors du rapport de progrès relatif au premier semestre. Le BP a correctement reporté cette information lors du dernier rapport de progrès à la date butoir.

5.1.3 Note de résultats de la subvention

Veillez répondre aux questions ci-après si votre demande concerne la deuxième phase d'une subvention ou d'une reconduction. Si elle concerne un examen périodique, veuillez passer à la section 5.2 « Résultats financiers ».

Note de résultats de la subvention pour la phase en cours (première phase de subvention ou de reconduction)

A1 A2 B1 B2 C

Veillez expliquer et justifier la note.

La note de résultat pour cette subvention est de B1. A la date butoir, les indicateurs Ton Ten performant à 85%, avec une amélioration de 10 points par rapport au dernier rapport de progrès. Si l'on considère tous les indicateurs, la performance reste à 85%.

Une analyse détaillée de la performance de la Subvention est faite par le CCM dans la Section 5.1.1.

5.2 Résultats financiers

5.2.1 Situation financière à la date de clôture

Liquidités à la date de clôture

Remarque : l'information financière requise pour cette section figure dans le modèle de rapport financier fourni dans le dossier d'invitation adressé aux Instances de coordination nationale Renewals_Financial Template_FinancialRequest_Cash-at-cut-off-date – Il convient de noter que si votre demande contient plusieurs Récipiendaires principaux, la demande de financement doit être remplie séparément pour chacun d'entre eux (on trouvera, sur une feuille distincte du même modèle, les directives pour remplir cette section). L'Instance de coordination nationale doit insérer une capture d'écran de ces informations ci-dessous en sélectionnant les cellules concernées sur Excel et en utilisant l'option Word d'insertion des images. La demande de financement doit obligatoirement être remplie dans le fichier Excel. Une fois collé dans le document Word, le tableau ne doit pas être modifié..

Tableau des Liquidités à la date butoir

	RR	RS	Total
a. Décaissé à la date butoir	164616,68	N/A	164616,68
b. Déduire: Décaissé aux RS par le RP	-108649,98	108649,98	0
c. Déduire: Dépenses à la date butoir	-38436,93	-126179,75	-164616,68
d. Ajouter: Intérêts reçus	648,29		648,29
e. Ajouter: Autres revenu - spécifier			
f. Egale: Liquidité à la date butoir	18178,06	-17529,77	648,29

Veillez également joindre à la demande d'Instance de coordination nationale un **récapitulatif du passif à la date de clôture** (biens et services reçus/commandés qui n'ont pas encore été payés).

L'ensemble du passif a-t-il été pris en compte dans le budget de la période postérieure à la date de clôture ? NA

Il n'y avait pas de passif à la date butoir

5.2.2 Analyse des dépenses par rapport au budget

En vous fondant sur le dernier rapport sur l'information financière améliorée disponible à la date de clôture, expliquez, le cas échéant, pourquoi le budget a été sous-utilisé ou dépassé.

--

Taux de réalisation par catégorie de coûts à la date butoir

Catégories de Coûts	Budget Initial à la date butoir	Budget réalisé à la date butoir	Taux de réalisation
Ressources Humaines	183.610,59	52.485,22	29%
Assistance Technique	92.473,94	8.261,93	9%
Formation	176.153,87	1.034,37	1%
Produits & Equipements Médicaux	127.054,55	-	0%
Produits Pharmaceutiques	88.142,70	-	0%
Gestion des Achats et Stocks	40.211,48	255,99	1%
Infrastructures & Equipements	123.943,83	375,11	0%
Support de Communication	25.085,62	38.230,96	152%
Suivi & Evaluation	113.541,85	3.174,64	3%
Living Support to Clients/Target Population	35.317,12	15.737,58	45%
Plannification & Administration	8.864,00	7.478,78	84%
Frais de Gestion	79.660,61	11.889,57	15%
Autres			
Total	1.094.060,15	138.924,15	14%

Veillez indiquer si le pourcentage total des dépenses par rapport à l'écart budgétaire à la date de clôture est conforme au pourcentage moyen de réussite sur la base de l'ensemble des indicateurs du cadre de performance. Si tel n'est pas le cas, veuillez en indiquer les raisons.

En ce qui concerne la performance financière, elle est de 14% sans compter les engagements à la date butoir et les prêts faits par le PNUD. Ceci est essentiellement dû au retard dans les approbations de certains documents, dont notamment le Plan GAS, le budget relatif aux ATI et le plan de formation. Il est à remarquer depuis le démarrage de la Subvention, un seul décaissement a été fait, le prochain est attendu avant la fin du troisième trimestre de 2013. Toutefois, il est important de resalier ici qu'il y a eu des retards dans les décaissements, dus à l'approbation tardive du PSM et au manque de complétude de certains CP de la part du BP.

C'est ainsi que, au niveau du BP, le partage des coûts de fonctionnement entre les différentes subventions, ainsi que le fait que le PNUD ait dû avancer sur ses propres fonds les coûts de fonctionnement du PNLS, assumer certains coûts pour des activités de formations et pour l'achat des médicaments de 2ème ligne a permis de pouvoir continuer la mise en œuvre des activités et de maintenir la performance de la subvention.

Au niveau des SR, dans le cas de Step UP et Alisei, afin de ne pas arrêter les activités et les services offerts aux bénéficiaires finaux, les deux ONG ont dû avancer sur leurs propres fonds, avec l'accord du BP.

Si l'on considère les engagements, ainsi que les prêts, la performance financière serait plus élevée.

SECTION 6 : DEMANDE DE RECONDUCTION DE L'INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE (RP1)³

6.1 Proposition du programme

6.1.1 Objectifs du programme, domaines de prestation de services, indicateurs et cibles

Veillez fournir un cadre de résultats pour la prochaine phase/période de mise en œuvre et préciser si les indicateurs et les cibles sont alignés sur la stratégie du programme, les plans et les systèmes nationaux.

Un Cadre de Performance a été élaboré de manière détaillée, en incluant les hypothèses pour chaque cible et des commentaires additionnels, pour chacun de ces indicateurs,

Comme il a été expliqué plus haut et comme il est recommandé par le FMSTP, le CCM et le BP ont aligné le cadre de performance, spécialement les cibles, au Plan Stratégique National pour la période 2013 – 2017. En outre, en tenant compte du nouveau calendrier des différentes enquêtes à être réalisées au niveau national, dont notamment l'EDS, le MICS.

L'indicateur d'impact numéro 2 [« *Percentage of women and men aged 15-49 who are HIV infected* »] a été introduit en considérant le point précédent (alignement avec PSN), parce que le PNLS considère très utile de suivre également la prévalence du VIH chez cette grande population, en âge de travailler et sexuellement active ; (iii) En considérant également le premier point, dans la perspective d'amener les soins et le support social jusqu'au foyer des malades qui y auront besoin, avec la contribution, aussi, de la communauté un nouveau indicateur de produit a été introduit [« *Number of adults and children living with HIV who receive care and support services outside health facilities, with community involvement (counseling, or health care, or help with household work, or companionship, or patient follow-up)* »]

Sur la base des lacunes et des problèmes identifiés dans la section 5.1.1 « Résultats programmatiques », veuillez présenter brièvement les activités de renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation, ainsi que les activités de recherches et les évaluations prévues au cours de la prochaine phase/période de mise en œuvre. L'Instance de coordination nationale propose-t-elle de réaffecter les ressources pour soutenir ces initiatives de renforcement du suivi et de l'évaluation ? Dans l'affirmative, détaillez, le cas échéant, les incidences budgétaires et programmatiques sur la demande.

Voir le Plan d'Action de la OSDV à la section 5.1.1. Il est à remarquer que le Plan National de S&E est en cours de révision sur la base du nouveau Plan Stratégique 2013 – 2017 et il sera validé avant la fin de 2013.

6.1.2 Gestion des produits pharmaceutiques et sanitaires (le cas échéant)

Veillez ne compléter cette section que si des achats de produits pharmaceutiques et sanitaires sont prévus au cours de la prochaine phase/période de mise en œuvre. Autrement, veuillez passer à la section 6.2 « Proposition de financement ».

Sur la base des principaux risques et problèmes identifiés à la section 5.1.2 « Gestion des risques de la subvention/du canal de financement unique » en matière de gestion des produits pharmaceutiques et sanitaires pendant la phase/période de mise en œuvre en cours, récapitulez les mesures et/ou les mécanismes mis en place ou proposés dans le plan de gestion des achats et des stocks (ou le profil de pays s'il existe déjà) pour la prochaine phase/période de mise en œuvre. Veuillez fournir une évaluation des risques d'interruption de traitement dans les établissements de santé pour la prochaine phase/période de mise en œuvre et énumérer les causes profondes potentielles en matière de gestion des produits pharmaceutiques et sanitaires qui peuvent avoir un impact négatif sur la disponibilité/l'accès continu(e) aux produits sanitaires essentiels (ruptures de stocks, détournement et vol de produits sanitaires).

Le PNUD en tant que bénéficiaire principal est chargé de la coordination de la gestion des approvisionnements et des stocks des produits pharmaceutiques et médicaux (PPM)

Il est appuyé dans cette gestion par plusieurs sous-bénéficiaires en charge d'activités spécifiques :

- Le Centre National des Endémies (CNE), qui, à travers le Programme de Lutte contre le SIDA (PNLS), est chargé de la collecte des données sanitaires au niveau intermédiaire (district) et périphérique (les centres et postes de santé)
- Le Fonds National des Médicaments (FNM) chargé, du stockage, de la distribution et de la gestion des stocks des PPM
- Le Département de la Pharmacie qui est chargé de la sélection, de l'enregistrement de PPM
- Le Programme de Santé Reproductive en charge du stockage et de la distribution des préservatifs dans le District de AguaGrande.

Le processus de gestion des approvisionnements et des stocks est le suivant :

³ Veuillez remplir la section séparément pour chaque Récipiendaire principal.

La sélection des produits et l'estimation des besoins est effectuée au sein d'un comité de quantification qui réunit le PNUD, le CNE/PNLS, Le FNM et le département de la pharmacie

L'approvisionnement est alors mis en œuvre sous la responsabilité du PNUD, qui bénéficie auprès du gouvernement des Sao Tome des exemptions nécessaires à l'importation des PPM sur le territoire.

La réception et le stockage des produits pharmaceutiques sont confiés à la centrale d'achat nationale (FNM) qui se charge de la répartition des produits sur la base du système de « Pull » : les districts et centres/postes de santé envoient la liste de leurs besoins au FNM qui supervise et valide leur demande. Les Formations Sanitaires sont alors chargées d'effectuer l'enlèvement des produits elles-mêmes.

La gestion du système d'information est sous la supervision du CNE qui à travers les outils de collecte de données mis en place au niveau des districts et des centres de santé, recueille de façon mensuelle les données sanitaires. Ces données sont ensuite partagées avec le bénéficiaire principal. Les consommations de produits sont également relevées par le CNE. et les outils de collecte sont mutualisés. Les rapports sur les données sanitaires sont adressés mensuellement par les districts et centres de santé

Afin de s'assurer des bonnes pratiques de distribution et de la qualité des produits, conforme au standard du FMstp, un plan d'assurance qualité et de contrôle qualité est en cours d'élaboration et sera associé au plan GAS.

Tableau récapitulatif de la gestion des produits pharmaceutiques et sanitaires :

Activité	Opération	Responsabilité de mise en œuvre	Faiblesse/Risque	Renforcement/Actions en cours
Coordination des activités de GAS	Supervision des procédures Elaboration du plan GAS	• PNUD	Le Chargé de Procurement est nouvellement recruté et manque d'expérience sur les politiques et procédures du PNUD et du FMstp	• Une ATI de long durée a été recruté pour former le nouveau staff et élaborer des outils de gestion pour le GAS
Quantification et sélection des produits	Elaboration du Plan GAS	• Comité de quantification : PNUD, CNE, DPN, FNM	• Rupture de stocks face aux retards dans les décaissements	• Assurer un stock de sécurité sur l'année 3 et 4
Approvisionnement	Commande des produits auprès de la centrale d'achat PNUD et UNICEF	• PNUD		
Réception et stockage au niveau central	Produits pharmaceutiques et Médicaux	• FNM		
Distribution du niveau central vers les niveaux intermédiaires et périphériques et stockage	Répartition des PP au niveau intermédiaire (district) et périphérique (centre de santé) sur la base du système de "Pull"	• FNM • Districts et postes de santé	Ruptures de stocks Conditions de stockage (contrôle de la température)	• Les épidémiologistes districtales doivent inclure la situation des stocks des médicaments ARV dans leur rapport mensuel au PNLS ; • Le niveau central doit superviser trimestriellement le niveau des stocks dans les formations sanitaires • Equiper les Formations sanitaires en outils de contrôle (thermomètre, Hygromètre)
Système de gestion de l'information	Collecte de données sanitaires au niveau des districts et des centres de santé Consolidation et	• CNE • Districts de santé	Dissémination de l'information: Le FMN ne reçoit pas systématiquement les rapports sur les	• Les épidémiologistes districtales doivent inclure la situation des stocks des médicaments ARV dans leur rapport mensuel au PNLS

	analyse des données au niveau central		données sanitaires du CNE	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports trimestriels qui doivent être partagés entre les différents partenaires • Informatiser les postes de santé au cours de la phase 2 • Standardiser les procédures de collecte de données pour l'ensemble des partenaires
Plan d'assurance qualité			<ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité des produits • Conditions de stockage 	Plan d'assurance qualité et de contrôle qualité en cours de validation afin de superviser la qualité des prestations fournies

6.2 Proposition de financement

6.2.1 Ressources disponibles pour financer la subvention/source de financement unique après la date de clôture

*Remarque : l'information financière requise pour cette section figure dans le modèle de rapport financier fourni dans le dossier d'invitation adressé aux Instances de coordination nationale **Renewals Financial Template_FinancialRequest_Resources-available** – Il convient de noter que si votre demande inclut plusieurs Récipiendaires principaux, la demande de financement doit être remplie séparément pour chacun d'entre eux (on trouvera, sur une feuille distincte du même modèle, les directives pour remplir cette section). L'Instance de coordination nationale doit insérer une capture d'écran ci-dessous en sélectionnant les cellules concernées sur Excel et en utilisant l'option Word d'insertion des images. La demande de financement doit obligatoirement être remplie dans le fichier Excel. Une fois collé dans le fichier Word, le tableau ne doit pas être modifié.*

Veillez noter que le montant recommandé par le comité technique d'examen des propositions (TRP) doit prendre en considération les ajustements de 90%, exigés par le Conseil du Fonds mondial

Tableau des ressources disponibles pour financer la subvention après la date de clôture

	2014	2015	2016	Total
a. Montant "TRP clarifié", attribué au RP	440240,5069	464886,5298	483260,6521	1388387,689
b. Tout ajustement mandaté par le Conseil				
c. Ajustement +/- pour montants empruntés de la Phase/Période suivante et/ou pour des engagements échelonnés en plusieurs tranches				
d. Montant rajusté du "TRP clarifié"	440240,5069	464886,5298	483260,6521	1388387,689
e. ICN réaffectations +/- (modalités d'exécution)				
f. Rajustement du montant réalloué	440240,5069	464886,5298	483260,6521	1388387,689
g. + Montant non décaissé à la date butoir				916965,8127
h. + Liquidité à la date butoir				648,29
i. = Total des ressources disponibles (à partir de la date butoir pour la prochaine période de mise en œuvre)				2306001,792

6.2.2 Résumé de la demande de financement à compter de la date de clôture jusqu'à la fin de la prochaine phase/période de mise en œuvre

Remarque : L'information financière requise pour cette section figure dans le modèle de rapport financier fourni dans le dossier d'invitation adressé aux Instances de coordination nationale **Renewals_Financial Template_FinancialRequest_FundingRequest** – Il convient de noter que si votre demande inclut plusieurs Récipiendaires principaux, la demande de financement doit être remplie séparément pour chacun d'entre eux (on trouvera, sur une feuille distincte du même modèle, les directives pour remplir cette section). L'Instance de coordination nationale doit insérer une capture d'écran ci-dessous en sélectionnant les cellules concernées sur Excel et en utilisant l'option Word d'insertion des images. La demande de financement doit obligatoirement être remplie dans le fichier Excel. Une fois collé dans le fichier Word, le tableau ne doit pas être modifié.

Tableau du résumé de la demande de soumission

	Année 2013 après la date butoir	2014	2015	2016	Total
a. Budget total nécessaire (après la date butoir pour la prochaine phase / période de mise en œuvre)	657598	440240,5069	464886,5298	483260,6521	2045985,689
b. - Montant non décaissé à la date butoir					916965,8127
c. - Liquidité à la date butoir					648,29
d. = Montant supplémentaire demandé					1128371,586
e. % du montant ajusté du "TRP clarifié" (ne peut excéder 100% du montant ajusté du "TRP clarifié")					81%

6.2.3 Demande de budget de l'Instance de coordination nationale pour la phase/période de mise en œuvre suivante

Veillez indiquer comment les enseignements tirés de la phase/période de mise en œuvre en cours ont été pris en compte dans cette demande de financement (réaffectation des budgets, sous-utilisation des financements conduisant à l'affinement des prévisions budgétaires, répercussion des variations de prix).

Lors de la planification des activités pour la Phase 2, le CCM a pris en compte les enseignements de la phase 1 ainsi que les différents résultats des enquêtes réalisées dans la première période de mise en œuvre. Tel que recommandé par le CCM, la Phase 2 est en ligne avec le Plan Stratégique 2013 - 2017

Toutefois, la Phase 2 s'insère dans l'optique de la continuité de la phase 1, mais avec des actions de renforcement pour les populations cibles, notamment les PS, les EOV, les jeunes à risque de comportement, les PVV. En ce qui concerne les HSH, le CCM a prévu des activités de prévention, toutefois, il sera sur la base des résultats de l'ATI prévue pour 2013, que le BP pourra mieux déterminer les cibles pour ce groupe.

En ce qui concerne les PS, sur la base de l'expérience récente, le BP va renforcer les activités qui visent le changement de comportement, surtout sur des messages clés liés à l'utilisation du préservatif, que d'après les résultats de l'enquête CAP est encore bas à 22%, sur le counselling et tests. En outre, les institutions qui vont travailler avec ce groupe vont continuer à renforcer les actions, visant un accès plus facile/aisé aux services de base, dont notamment légale, psychosociale et sanitaires. Comme expliqué plus haut, l'approche pour la RAP restera la même avec le ciblage des jeunes, qui sont les plus affectés. En collaboration avec le FNUAP, des actions de CCC intégrées vont être menées, sur l'encouragement à l'utilisation du préservatif, comme protection au VIH, aux IST, plus spécialement à la syphilis (le taux de prévalence de la syphilis est de 19%) et protection contre les grossesses non désirées.

En ce qui concerne les EOV, le nombre d'enfants à atteindre va s'accroître en atteignant un nombre total de 133. Un autre le PNLS et le BP souhaitent établir une base de données, ainsi qu'une politique nationale pour la prise en charge des EOV.

Finalement, en ce qui concerne les PVV, il est prévu, un rôle accru dans toute la stratégie nationale de lutte au VIH/SIDA. En effet, sur la base de l'expérience du PNLS à STP comme dans d'autres Pays, les PVV avec leur association APOIO à VIDA vont être intégrés dans le counselling et dans certaines activités d'accompagnement des PVV. Un soutien pour le fonctionnement de l'ONG a aussi été inclus. Au même temps, des activités visant une meilleure adhésion au traitement, avec la systématisation des éducateurs thérapeutiques au niveau de tous les centres de traitement, la présence d'un psychologue au sein de la coordination et dans les activités de supervision, l'accompagnement et suivi domiciliaire pour les PVV, à l'aide des ASC et/ou d'autres PVV, sous l'encadrement du médecin qui est à la coordination.

La demande de budget reflète-t-elle les résultats programmatiques moyens de la phase/période de mise en œuvre en cours ? Dans la négative, veuillez en indiquer les raisons.

La demande de budget reflète les résultats programmatiques car elle est en conformité avec la performance globale du projet en Phase 1.

6.3 Respect de l'exigence de centrage des propositions

Cette question ne concerne pas les pays à faible revenu ni les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure appartenant au G20 dont les subventions ne seront pas reconduites.

Indiquez si l'exigence de centrage des propositions a été respectée selon le seuil correspondant à la classification de revenu du pays.

La Demande de Reconduction fixe l'exigence de centrage à 50%. Tel que mis en évidence dans la section en haut, elle est bien respectée.

Documents complémentaires (à joindre à cette demande)

Documents obligatoires

1. **Procès-verbaux des réunions de l'Instance de coordination nationale** relatifs aux discussions sur la demande, notamment concernant des éléments importants comme la reprogrammation et/ou les modifications des modalités de mise en œuvre, le financement de contrepartie ou le centrage de la proposition ;
2. **Cadre de résultats** pour la prochaine phase/période de mise en œuvre, consolidé pour toutes les subventions/sources de financement uniques (modèle fourni) ;
3. **Plan de suivi et d'évaluation** pour la prochaine phase/période de mise en œuvre, *s'il est disponible et n'a pas encore été présenté*. Un plan spécifique à la subvention/source de financement unique peut être présenté en l'absence de plan national ;
4. **Plan de gestion des achats et des stocks (PSM)** (directives fournies) (ou un plan d'achat, si l'on dispose d'un profil de pays) pour la prochaine phase/période de mise en œuvre par subvention/source de financement unique, le cas échéant (modèle fourni) ;
5. **Modèle de rapport sur l'information financière**, incluant :
 - a) **l'analyse des déficits de financement et financement de contrepartie** (modèle fourni) ;
 - b) **le résumé de la demande de budget** pour la prochaine phase/période de mise en œuvre consolidée pour toutes les subventions/sources de financement uniques (modèle fourni) ;
 - c) **la demande de financement** pour la prochaine phase/période de mise en œuvre par subvention/source de financement unique (modèle fourni) ;
 - d) **l'analyse de la demande par l'Instance de coordination nationale** par rapport au budget initial consolidé pour toutes les subventions/sources de financement uniques (modèle fourni) ;
 - e) **la réaffectation du montant du budget initial entre les Récipiendaires principaux**, le cas échéant (modèle fourni) ;
6. **Budget détaillé et plan de travail pour la prochaine phase/période de mise en œuvre** (par subvention/source de financement unique) ;
7. **Récapitulatif du passif à la date de clôture** par subvention/source de financement unique.

Documents complémentaires

1. **Examen/rapport d'évaluation des programmes nationaux**, incluant une évaluation de l'impact/des résultats programmatiques⁴ ; et/ou
2. **Stratégie révisée de mise en œuvre des programmes nationaux**, le cas échéant ; et/ou
3. Tout autre document jugé essentiel à l'examen de la demande par le Secrétariat du Fonds mondial (rapport ou étude sur l'équité, l'optimisation des ressources ou l'efficacité de l'aide, si disponibles).

⁴ L'examen/le rapport d'évaluation seront obligatoires à partir de 2012 pour les examens périodiques uniquement.