



République Démocratique de São Tomé et Príncipe

Unité Discipline Travail

Ministère de la santé

**PLAN D'ACTION POUR L'ACCELERATION DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE 2018-2021**

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE SAO TOME E PRINCIPE

(Version Finale)

Dr Thomas ZOUNGRANA

Mr. Bali BAKO

Juin 2017

Citation recommandée

Thomas ZOUNGRANA, Bali BAKO, Jose Manuel CARVALHO, Victoria d'ALVA, Solange BARROS GOMES, Maria Elisabeth CARVALHO, Plan d'action pour l'Accélération de la Planification Familiale de la République Démocratique de São Tomé e Príncipe 2018-2021 ; Juin 2017.

REMERCIEMENTS

Ce plan d'action du programme de Planification Familiale n'eut été possible sans le soutien indéfectible de tous les acteurs concernés. Ce travail a particulièrement bénéficié de l'appui de toute l'équipe du programme de santé de la reproduction, de des Organisations non gouvernementales et de la société civile (l'Association santoméenne de la promotion de la famille, ARCOS) et du personnel du bureau pays de l'UNFPA et de l'OMS. Recevez toute la reconnaissance et les remerciements des consultants.

Les remerciements s'adressent particulièrement à Madame la Ministre de la santé et à la Directrice des soins de santé, à la coordinatrice du Programme de SR, à Madame la Représentante Assistante de l'UNFPA et son équipe, à Monsieur le Représentant de l'OMS et son équipe, pour leur accompagnement technique et toutes les facilités accordées à l'organisation et à l'élaboration de ce plan d'action.

Enfin, toutes nos gratitude à toutes les personnes qui ont œuvré sans relâche et usé de tout leur savoir pour faciliter l'élaboration de ce plan.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARCOS	Association de direction pour un comportement sain
ASPF	Association santoméenne de promotion de la famille
BAD	Banque africaine de développement
CAP	Connaissances aptitudes et pratiques
CIPD	Conférence internationale pour la population et le développement
CNLS	Conseil national de lutte contre le SIDA
DAF	Direction des affaires financières
DIU	Dispositif intra utérin
DPIE	Direction de la promotion de l'innovation éducative
DSS	Direction des soins de santé
EDS	Enquête démographique et de santé
FNM	Fond national du médicament
FP2020	Family planning d'ici 2020, Initiative du Sommet de Londres pour accélérer les progrès en matière de planification familiale dans 69 pays d'ici 2020
INE	Institut national de la statistique
INPG	Institut national de la promotion du genre
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
IDH	Indice de développement humain
LNME	Liste nationale des médicaments essentiels
MAMA	Méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée
MICS	Multiple indicator cluster survey
MS	Ministère de la santé
NIDI	Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute
NPO	National program officer
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
NV	Naissance vivante
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PA/CIPD	Plan d'action de la Conférence internationale pour la population et le développement

PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan National de développement sanitaire
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PPC	PIB réel per capita
PPS	Points de prestation de services
PSR	Programme de santé de la reproduction
PTF	Partenaires techniques et financiers
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
GPRHCS	Global programme reproductive health commodity security
RHCS	Reproductive health commodity Security
SCI	Système de contrôle d'inventaire
SIDA	Syndrome de l'immuno déficience acquise
SIGL	Système d'information en gestion logistique
SPARHCS	Strategic Pathway of Reproductive Health Commodity Security
SPSR	Sécurisation des produits de santé de la reproduction
SR	Santé de la reproduction
STP	São Tomé e Príncipe
TDR	Termes de références
TPC	Taux de prévalence contraceptive
UNICEF	United nations children's fund
UNPFA	United nations population fund
VIH	Virus de l'immuno déficience humaine

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	4
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	7
INTRODUCTION	8
1. JUSTIFICATION.....	9
2. GENERALITES.....	10
2.1. PRESENTATION DU PAYS	10
2.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	11
2.3. PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE MATERNELLE.....	11
3. ANALYSE DE LA SITUATION.....	13
3.1. ANALYSE DU CONTEXTE ET DE L'ENVIRONNEMENT.....	13
3.2. QUESTIONS DE GENRE, EQUITE EN MATIERE DE PF	14
3.3. RESSOURCES POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	15
3.4. PARTENARIAT DU PROGRAMME SR/PF	17
3.5. ANALYSE DU MANAGEMENT DU PROGRAMME DE PF.....	18
3.6. CHANGEMENT DE COMPORTEMENT POUR ACCROITRE LA DEMANDE	20
3.7. OFFRE ET ACCES AUX SERVICES DE QUALITE	20
3.8. SECURISATION DES PRODUITS	23
3.9. SYSTEME D'INFORMATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION ET RECHERCHE.....	24
4. DEFIS EN MATIERE DE PF ET DE SPSR	25
5. OBJECTIF DU PLAN NATIONAL D'ACTION DE PLANIFICATION FAMILIALE	27
6. CADRE DES DEFIS, OBJECTIFS ET INDICATEURS	28
7. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	31
8. OBJECTIFS SPECIFIQUES PAR AXE STRATEGIQUE	33
9. CHRONOGRAMME.....	34
9.1. AXE STRATEGIQUE 1 : RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE L'AUTONOMISATION DES GROUPES VULNERABLES.....	34
9.2. AXE STRATEGIQUE 2 : MOBILISATION DES RESSOURCES ET DU FINANCEMENT DURABLE	36
9.3. AXE STRATEGIQUE 3 : CHANGEMENT DE COMPORTEMENT POUR L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE	36
9.4. AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DE L'OFFRE ET DE L'ACCES AUX SERVICES PF DE QUALITE	39
9.5. AXE STRATEGIQUE 5 : SECURISATION DES PRODUITS	43
9.6. AXE STRATEGIQUE 6 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI-EVALUATION ET DU PARTENARIAT	44
10. BUDGET PREVISIONNEL DU PLAN D'ACTION	47
11. COORDINATION, SUIVI-EVALUATION ET PARTENARIAT	48
11.1. MECANISME DE COORDINATION ET DE PARTENARIAT	48
11.2. MECANISME DE SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE.....	48
11.3. CADRE DES OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI.....	49
11.4. CADRE DES OBJECTIFS SPECIFIQUES ET DES INDICATEURS AVEC CIBLES ANNUELS	51
12. CONTRAINTES, HYPOTHESES ET RISQUES	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Taux de couverture des services de santé maternelle et infantile (MICS 2014).....	9
Tableau 2: Données socio-économiques de São Tomé e Príncipe (Rapport national sur le développement humain 2014 du PNUD).....	11
Tableau 3: Répartition du flux financier pour les interventions de PF, de population et de SR en 2014 & 2015.....	16
Tableau 4: Répartition du budget prévisionnel du plan d'action par axe stratégique.....	47
Tableau 5: Indicateurs d'effets et d'impact	50
Tableau 6: Distribution des clientes de PF par an et par district.....	50
Tableau 7: Distribution du nombre de nouvelles utilisatrices de PF par an et par districts.....	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Distribution de la prévalence selon la méthode contraceptive moderne (MICS, 2014).....	12
Figure 2: Contribution du budget national à l'acquisition des produits contraceptifs (Sources Sao Tome & Principe Family Planning National Programme Profile 31 août 2016)	16
Figure 3: Histogramme de distribution des CAP de 2005 à 2015 (Source : Rapports statistiques du programme SR/PF)	22

INTRODUCTION

Les droits et santé en matière de reproduction y compris la planification familiale (PF), partie intégrante des droits universels de l'homme, permettent à tout individu de mener une vie procréative en toute liberté et en toute sécurité.

La Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en Septembre 1994 a permis de redéfinir le droit à la santé de la reproduction et mis l'accent sur les objectifs de réduction des taux de mortalité maternelle et infantile, l'accès universel à l'éducation pour tous particulièrement pour les filles et sur l'accès universel à toute la gamme des soins de santé en matière de procréation comprenant notamment les services de planification Familiale.

Les programmes de planification familiale (PF) ont pour but de permettre aux couples et aux individus de décider librement et avec discernement du nombre et de l'espacement de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens nécessaires à cette fin, de faire des choix éclairés et de mettre à leur disposition toute gamme de méthodes sûres et efficaces.

Il est par ailleurs démontré que la PF contribue à réduire les charges de morbidité et mortalité maternelles en empêchant la survenue des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives et trop nombreuses. L'OMS estime qu'un programme approprié de PF contribue à réduire de 32 % la mortalité maternelle.

Le Gouvernement de la République Démocratique de Sao Tome et Principe, ayant souscrit à la CIPD a matérialisé au niveau national cet engagement par l'adoption d'un certain nombre de documents de politique et de plans stratégiques et la mise en œuvre d'interventions, parmi lesquels on peut citer la politique nationale de santé de la Reproduction et la Déclaration de la Politique Nationale sur la Population 2012. En outre, il a procédé à la mise en place depuis 1995 d'un Programme de santé de la Reproduction dans lequel la composante planification familiale est intégrée comme une priorité.

En rappel, le gouvernement britannique et la Bill & Melinda Gates Fondation, en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), les gouvernements nationaux, les donateurs et les organisations de la société civile, ont le 11 juillet 2012, décidé de fournir des services, des informations et des produits de contraception abordables à 120 millions supplémentaires de jeunes filles et de femmes dans les pays les plus pauvres du monde d'ici à 2020 (FP2020).

Ce mouvement mondial FP2020, qui concerne 69 pays les plus pauvres dont Sao Tome et Principe, œuvre pour les droits des femmes et des filles à décider librement et pour elles-mêmes si, quand, et combien d'enfants elles veulent avoir. C'est ainsi que des défis sont lancés aux pays engagés avec des approches à adapter et des résultats spécifiques à atteindre selon les contextes.

Ces nouveaux défis exigent du Gouvernement de Sao Tome et Principe de repositionner la PF et de concevoir un nouveau plan d'accélération pour servir de guide et d'instrument de référence pour les acteurs. C'est ainsi que le gouvernement de la République de Sao Tome et Principe en collaboration avec l'UNFPA, a sollicité l'appui de consultants pour concevoir un plan d'accélération de la PF incluant la sécurisation des produits de SR pour la période 2018-2021. Ce plan est structuré en défis, axes stratégiques, objectifs général et spécifiques et en activités avec un budget.

1. JUSTIFICATION

La République Démocratique de Sao Tome et Principe en accord avec les engagements pris au niveau international met en œuvre depuis 1984 des interventions de planification familiale dont le but visé et clairement mentionnée, est d'améliorer la santé de la femme et de l'enfant à travers un espacement des naissances. Cette option nationale s'est vue renforcée après la CIPD de 1994, où a été définie la santé de la reproduction en termes de droits et santé en matière de reproduction, comme des droits universels humains, en fixant le but de permettre aux couples et aux individus de décider librement du nombre et de l'espacement de leur

s enfants et de disposer des informations et des moyens à cette fin.

La mise en œuvre du programme de PF, intégré dans celui de la santé de la reproduction, a contribué à une amélioration de l'utilisation des services de PF et des indicateurs de morbidité et de mortalité maternelle et infantile à l'image des données du tableau ci-dessous.

Tableau 1: Taux de couverture des services de santé maternelle et infantile (MICS 2014)

Région	Taux de prévalence contraceptive	CPN4 et plus	Accouchements assistés par un personnel qualifié	Taux de césarienne	Post-natal (contrôle santé du NN)	Enfants de complètement vaccinés (12-23 mois)*
Centre Est	34,2%	84,5	93,8	5,5	91	72,2
Nord-Ouest	38,9%	82	93,3	4,4	95	83,4
Sud Est	43,2%	80,8	82,4	7,8	84,2	77,8
R.A. de Principe	57,7%	(84,4)	(95,9)	(4,8)	(85,2)	()
TOTAL	37,4%	83,6	92,5	5,6	90,7	73,9

Le niveau de prévalence de la PF s'est progressivement accru et est de 37,2 % pour les méthodes modernes selon le dernier MICS 2014.

Cependant les indicateurs d'impact de la santé maternelle et infantile restent préoccupants et constituent un problème majeur pour le pays. En effet, le ratio de mortalité maternelle reste élevé (74/100 000 NV, MICS 2014), le taux de mortalité néonatale est de 22 pour mille (contribuant pour 57,9% à la mortalité infantile) et celui de la mortalité infantile de 38 pour mille. L'indice synthétique de fécondité, est de 4,4 enfants en moyenne par femme.

Selon le MICS 2014, les besoins non satisfaits connaissent une légère baisse mais restent toujours élevés à 32,7% avec 15,6% pour la limitation et 17,1% pour l'espacement. En termes de distribution selon les régions, le pic des besoins non satisfaits est enregistré dans la région du Centre Est à 35,8% et en termes de distribution par tranche d'âge, ce pic se situe chez les 15-19 ans à 42,2%. Ainsi, à l'échelle nationale, la demande potentielle est de 73,3%.

Pour parvenir à ces différents résultats le gouvernement de Sao Tome et Principe a développé et mis en œuvre différents plans stratégiques dont celui de sécurisation des produits de santé de la reproduction qui a pris fin en 2014 et celui de la SR qui s'est achevé en 2016. En vue de disposer d'informations factuelles et actuelles et de mieux fixer les priorités d'interventions en matière de PF et de SPSR, une évaluation a été conduite en novembre 2016. Suite à cette évaluation, le Gouvernement de Sao Tome et Principe pour repositionner la PF a en collaboration avec l'UNFPA, sollicité l'appui de consultants pour concevoir le plan d'action budgétisé de PF incluant la sécurisation des produits de SR en vue d'accélérer la Planification Familiale.

2. GENERALITES

2.1. PRESENTATION DU PAYS

Données géographiques et démographiques

La République Démocratique de Sao Tomé e Príncipe est un archipel situé dans le Golfe de Guinée, constitué par deux îles séparées d'environ 150 km l'une de l'autre et des petits îlots, couvrant une superficie de 1001 km². Le pays est divisé administrativement en six districts et une région autonome :

- L'île de Sao Tomé où se situe la capitale du pays qui a le même nom (Sao Tome) ; elle comprend 6 districts à savoir : Agua Grande, Mè-Zochi, Cantagalo, Caué, Lembá et Lobata, et
- L'île de Príncipe est une région autonome dont la capitale est Santo António

Carte sanitaire et administrative de São Tomé e



Príncipe

La population totale de São Tomé e Príncipe est de 187 356 habitants selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2012. Environ soixante-quatre pour cent (63,9%) vivent dans les districts de Agua Grande (39%) et de Mezochi (25%). Avec un taux de croissance de 2,45% (RGPH 2012), la population totale est présentement estimée à 193 712 habitants. Entre 2009 et 2012 la proportion de la population urbaine est passée de 59% à 67% de la population totale traduisant ainsi une urbanisation rapide en raison entre autres de l'exode rural. La structure de la population est caractérisée par sa jeunesse avec 52,1% de la population ayant moins de 20 ans avec une petite disparité entre les hommes (où 52,6% ont moins de 20 ans) et les femmes (51,5%).

Caractéristiques socio-économiques

Selon le rapport sur le Développement humain durable 2014 du PNUD, avec un indice de développement humain (IDH) de 0,56, la République Démocratique de São Tomé e Príncipe est classée 141 sur 186 pays.

Dans le cadre de ce même programme, São Tomé e Príncipe se présente parmi les 21 pays avec le degré le plus haut du PIB réel per capita, estimé à 3 045 dollars PPC.

São Tomé e Príncipe est un pays avec une des économies les plus petites de l'Afrique et une balance commerciale déficitaire. Son PIB représente seulement 0,012% du PIB de l'Afrique, ce qui place le pays au 49^e rang dans une liste de 50 pays, avant le Comores selon la classification de la Banque africaine de Développement (BAD).

Tableau 2: Données socio-économiques de São Tomé e Príncipe (Rapport national sur le développement humain 2014 du PNUD)

Items	Valeur
Dépenses totales de santé en % du PIB (2013)	6.9
Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses totales des administrations publiques (2013)	5.6
Dépenses privées en santé en % des dépenses totales de santé (2013)	71.2
% Taux d'alphabétisation des adultes (+ de 15 ans) (2010)	89.2
Indice de développement humain (2014, PNUD)	0,56
Rang de l'indice de développement humain sur 186 pays (2014)	141

(Sources des données : Observatoire mondial de la Santé, avril 2015 ; <http://apps.who.int/gho/data/node.cco>)

2.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Dans sa quête d'assurer l'accès universel aux services et soins de santé de qualité à la population, le gouvernement de São Tomé e Príncipe a opté pour les soins de santé primaire et a adopté un système de santé de type pyramidal. Au niveau central le cabinet du Ministre et les directions centrales, au niveau périphérique, 7 districts sanitaires épousant les limites administratives des provinces et disposant chacun d'un hôpital de district (centre de santé) servant de référence aux 33 postes de santé. Un hôpital central, localisé à São Tomé la capitale, sert de structure de référence aux centres de santé des districts. Le secteur sanitaire privé reste toutefois peu développé.

En matière de ressources, le secteur de la santé souffre d'une insuffisance de ressources humaines (médecins, infirmières, spécialistes) qualifiés. Est associé à ce manque, le problème des moyens et matériels adéquats et suffisants ainsi que la motivation insuffisante des acteurs. En effet, le ratio médecin/habitants à Sao Tomé-et-Príncipe est d'environ 32 pour 100.000 habitants en 2011, alors que la moyenne mondiale est d'environ 146 médecins pour 100.000 habitants, le ratio infirmière/population est d'environ 226/100.000 habitants alors que la moyenne mondiale est de 334/100.000. Notons que le pays n'a pas la capacité de former des médecins, et une bonne partie de la formation de ceux-ci, est réalisée dans d'autres pays comme le Portugal, le Mozambique, Cuba, le Brésil, Malheureusement un bon nombre de ces professionnels de la santé avec une certaine qualification, reste et travaille à l'étranger ("fuite des cerveaux"), et ne retournent pas dans le pays en raison des faiblesses aussi bien du secteur privé et du secteur public de la santé publique en particulier, étant donné que le secteur privé de la santé est encore naissant.

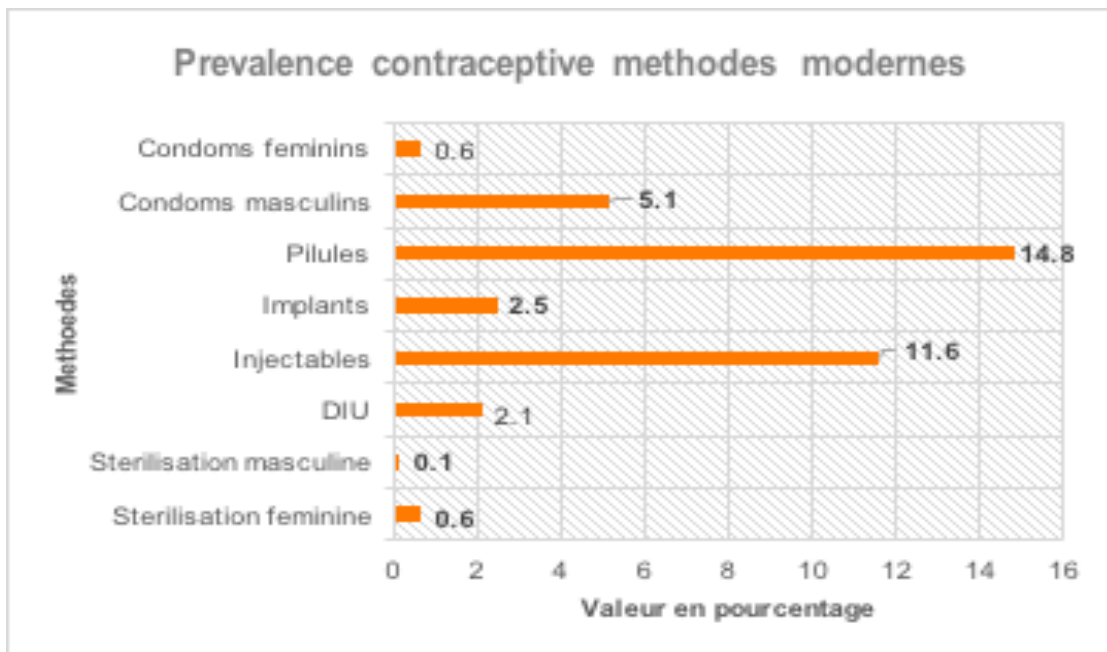
La formation des professionnels de la santé et leur recyclage ainsi que leur répartition géographique est d'une grande importance à l'amélioration de la santé et la vie des populations locales. Par conséquent, il existe des difficultés dans l'accès des populations aux centres et postes de santé, notamment par manque de voies de communication, tels que les transports en commun, ce qui conduit à un déséquilibre entre l'offre de soins de santé au niveau central et au niveau du district. On dénote que 56% des médecins et 55,6% des infirmières du pays fournissent un service à l'hôpital Aires de Menezes situé dans la capitale du pays, qui dans son ensemble dispose de 46,2% de l'effectif total du personnel de santé. Ce qui prive les autres régions du pays de personnels médical pour la prise en charge de proximité des cas compliqués.

2.3. PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE MATERNELLE

Malgré tous les efforts consentis et les progrès notables enregistrés dans l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant, les indicateurs de santé maternelle et infantile restent préoccupants et constituent un problème majeur pour le pays. En effet, le ratio de mortalité maternelle reste élevé (74/100 000 NV, MICS 2014), le taux de mortalité néonatale est de 22 pour mille (contribuant pour 57,9% à la mortalité infantile) et celui de la mortalité infantile de 38 pour mille.

En ce qui concerne spécifiquement la PF, le MICS 2014, indique que la prévalence contraceptive est de 40,6 % pour toutes les méthodes confondues dont 37,4% pour les méthodes modernes.

Figure 1: Distribution de la prévalence selon la méthode contraceptive moderne (MICS, 2014)



L'indice synthétique de fécondité, est de 4,4 enfants en moyenne par femme. Quant aux taux spécifiques de fécondité, il est de 92 pour mille chez les 15-19 ans, avec un pic de 221 pour mille chez les 20-24 ans. Enfin 27,3 % des femmes de ce dernier groupe d'âge ont eu des grossesses précoces (avant 18 ans).

3. ANALYSE DE LA SITUATION

3.1. ANALYSE DU CONTEXTE ET DE L'ENVIRONNEMENT

L'analyse de l'environnement a permis de faire ressortir les actions ou décisions majeures prises par les décideurs en termes de documents, de déclarations, d'engagement, de participation qui auraient une influence positive ou négative sur la planification familiale. En d'autres termes, il s'agit d'analyser la place accordée en matière de promotion ou de restriction à l'accès à des services PF de qualité dans les documents de politiques, dans le processus de planification opérationnelle, dans le financement.

De l'analyse de ce contexte, il ressort que sur le plan institutionnel, le programme de santé maternelle et infantile et planification familiale mis en place depuis 1984 a évolué pour devenir en 1995, après la CIPD de 1994, le Programme de santé de la reproduction incluant la planification familiale.

Cette évolution a été marquée au niveau de la politique formelle par l'élaboration en juillet 1996 du document de stratégies, normes et politiques de SR. En outre, il a été adopté un certain nombre de documents de politique et de plans stratégiques dont notamment :

- La Politique nationale de santé de la reproduction dont la plus récente date de 2003.
- La Déclaration de la politique nationale sur la population 2008
- La Politique nationale de santé de Sao Tomé et Principe 2012
- Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2016,
- le Plan stratégique de sécurisation des produits de SR (Plan SPSR) 2010-2014
- le Plan stratégique de santé de la reproduction 2012- 2016

Dans le document de Stratégie, normes et politiques de SR de juillet 1996, la planification familiale (PF) a pour objectifs l'espacement des naissances pour la santé maternelle et infantile. Toutefois, les documents du ministère (politique nationale de santé, PNDS, feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile) n'abordent pas suffisamment les questions de PF. En effet, dans ces documents, il n'y a pas d'axe stratégique ou d'objectif spécifique relatif à la PF et les questions de dividendes démographiques n'y sont pas abordées. Par exemple, si dans le document de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la PF est décrite dans l'analyse situationnelle, il n'y a pas d'objectif spécifique sur la PF sauf au niveau des indicateurs de suivi.

Néanmoins, il faut relever le soutien à la PF au niveau national se traduisant par des décisions majeures pour minimiser les obstacles à l'accès des populations aux services de PF. En matière de prestation des services, il y a une intégration des services et les textes autorisent toutes les techniques et méthodes contraceptives dans les formations sanitaires publiques et privées remplissant les conditions requises, en dehors de l'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse. En outre, pour un accès pour tous, le gouvernement a décidé de la politique de gratuité des services de PF et de la suppression des droits de douanes sur les produits de SR importés. Par ailleurs il n'existe pas de politiques restrictives ou de discriminations pour l'accès à la PF liées à l'âge, la parité ou le statut marital.

En ce qui concerne le secteur associatif, on dénombre très peu d'ONG et de réseaux ou coalitions d'ONG intervenant dans le domaine de la PF, en dehors de l'Association santoméenne pour la promotion de la famille (ASPF). Cette dernière, affiliée à l'IPPF, intervient dans la SR y compris l'accès aux services de qualité de la PF, la prévention et la prise en charge des cas de VIH/SIDA et la santé sexuelle et reproductive des jeunes. En outre, il y a l'Association de direction pour un comportement sain (ARCOS) qui appuie le programme en matière de sensibilisation. Quant au secteur privé ou confessionnel, il ressort qu'il n'intervient pas dans le domaine de la PF.

Forces

- Elaboration du document de stratégies, normes et politiques de SR
- Elaboration d'autres documents de politique et de stratégies de SR
- Suppression des droits de douanes sur les produits et gratuité des services de PF

Faiblesses

- Faible prise en compte de la PF dans les documents de politique et de stratégies de SR
- Faible implication du secteur privé et des ONG dans les interventions de PF

3.2. QUESTIONS DE GENRE, EQUITE EN MATIERE DE PF

Il a été question dans cette rubrique d'analyser les questions du genre et du lien qu'elle entretient avec la planification familiale. En d'autres termes, la question est de savoir si le statut accordé à la femme influe positivement ou négativement sur l'accès et l'utilisation des services de PF dans la mesure où l'équité entre les sexes a un impact certain sur la demande et l'utilisation de ces services.

Sur le plan institutionnel des efforts ont été consentis par le gouvernement pour améliorer le statut de la femme. Ceci s'exprime notamment par (i) la mise en place de l'Institut national de la promotion du genre, (ii) la mise en place d'une cellule de lutte contre les violences basées sur le genre, (iii) la loi instituant le quota de 30% de femmes dans les instances politiques et (iv) l'accès équitable à l'école pour les filles et garçons (même si les filles font encore l'objet d'exclusion des cours du jour en cas de grossesse).

Selon le Rapport national sur le développement humain 2014 du PNUD, la participation de la femme dans les instances de décision à São Tomé e Príncipe reste préoccupante. En effet, parmi 1470 individus avec fonctions dans les instances législative et exécutives y compris les fonctions de direction et de management, seulement 358 sont de femmes, soient 24,4%. Cette situation est plus critique en zone rurale où seulement 1,5% de femmes exercent des fonctions dans les instances de décision susmentionnées.

Au niveau législatif, parmi 55 sièges à l'Assemblée nationale, seulement 10 sont occupés par des femmes soient 18,2 %, loin de l'objectif national fixé à 30 % et 50 % au niveau international.

Dans le domaine spécifique de la PF, l'analyse globale de l'environnement montre que les femmes rencontrent toujours certaines difficultés à savoir :

- L'utilisation de la PF est subordonnée à l'autorisation tacite du mari : Les maris seraient un obstacle à la PF même si l'ampleur du phénomène n'est pas connue. En effet, certaines femmes sont obligées de pratiquer secrètement la PF (fiche de cliente gardée au centre de santé, retrait précoce des implants sur instruction des époux, ...);
- Les nombreuses grossesses précoces chez les adolescentes : 23% chez les moins de 18 ans. Selon le rapport de suivi du PSR, 1047 filles de moins de 18 ans sont tombées enceintes en 2015, le maximum de grossesses se situant chez les adolescentes fréquentant les classes entre les 5ème et 6ème années.

Forces

- Mise en place de structures de veille sur le genre
- Institution d'un quota de la participation des femmes dans les instances décisionnelles
- Niveau de représentativité des femmes au niveau du parlement (18%)
- Accès égal à l'éducation pour les filles et les garçons

Faiblesses

- Grande influence des maris dans l'utilisation de la PF par les femmes
- Grossesses précoces chez les adolescentes (23% chez les moins de 18 ans), en particulier en milieu scolaire
- Exclusion des filles enceintes des cours du jour (avec de grands risques qu'elles ne reprennent pas)

3.3. RESSOURCES POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les ressources dont il s'agit dans cette rubrique couvre aussi bien les ressources humaines que financières engagées par les acteurs en présence (secteur public, privé, partenaires, ménages) pour les interventions de PF. Il sera aussi question du partenariat entre les différents acteurs.

3.3.1. Ressources humaines

Les ressources humaines du programme de PF sont celles utilisées dans le système de santé étant donné que les interventions des différents programmes sont intégrées sur le plan des infrastructures et des ressources humaines en particulier au niveau périphérique. Mais il ressort des entretiens avec les informateurs clé que les médecins sont faiblement impliqués dans l'offre des services de PF au niveau des PPS.

Au niveau central, les interventions de PF sont assurées par le programme de SR notamment au niveau du secteur santé maternelle/PF. Ainsi, les ressources humaines dudit programme assurent la coordination et le suivi de toutes les activités de PF. Mais il faut souligner qu'au regard du nombre assez réduit du personnel de l'équipe, il y a une surcharge de travail et ceci pourrait avoir pour conséquence des insuffisances en matière de planification, de coordination et de suivi des activités.

Forces

- Intégration des services de l'offre PF au niveau du système de santé

Faiblesses

- La faible implication des médecins à l'offre de PF
- Effectif très réduit de l'équipe centrale de coordination ayant pour conséquence une surcharge de travail

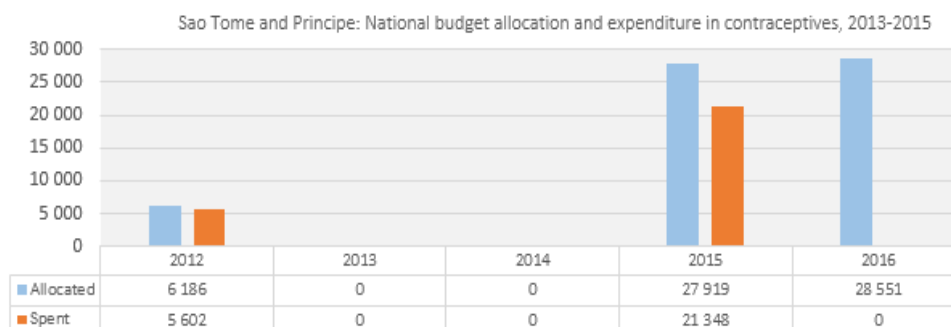
3.3.2. Financement de la planification familiale

En matière de financement, il ressort que l'Etat contribue à la mise en œuvre du programme par le paiement des salaires du personnel, la réalisation des investissements dans le système de santé et la prise en charge des frais liés au fonctionnement. En outre, il a décrété la gratuité des soins pour la santé de la mère et de l'enfant y compris la PF. L'Etat contribue également à l'achat des contraceptifs à travers la plateforme d'approvisionnement de l'UNFPA.

Figure 2: Contribution du budget national à l'acquisition des produits contraceptifs (Sources Sao Tome & Principe Family Planning National Programme Profile 31 août 2016)

FP2020

To date Sao Tome and Principe has not yet presented an engagement with respect to the FP2020 initiative but the commitment made in relation to the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health in 2015, the country commits to increase the percentage of the general budget for health from 10% to 15% in 2012; increase the ratio of births attended by a qualified health personnel from 87.5% to 95%; reduce the percentage of inadequate family planning service delivery from 37% to 15%; and increase the prevalence of contraception from 33.7% to 50%.



Cependant tous les informateurs clé reconnaissent que l'engagement politique n'est pas suffisant au regard des besoins actuels. En effet, le financement des activités opérationnelles et la quasi-totalité de l'achat des produits de SR y compris les équipements est assuré par les partenaires essentiellement par l'UNFPA (confère composante "Capital" Page 72-73). C'est ainsi qu'en matière de perspectives de financement dans un avenir proche, les informateurs clés n'en sont pas informés et sont par ailleurs pessimistes. Il est donc nécessaire de diversifier les sources de financement de la PF en vue d'assurer la pérennité du programme.

Le système de rapportage et de suivi des financements de la PF n'est pas entièrement assuré et connu par le programme. En effet, certaines activités sont directement exécutées par les partenaires ou par la direction des affaires financières (DAF) du ministère de la santé sans un feed-back au programme.

Pour ce qui est des autres financements notamment la contribution des ménages et des ONG, au financement de la PF, elle reste modeste étant donné que l'offre de service est gratuite en la matière et il n'y a qu'un seul partenaire parmi les ONG (ASPF) qui contribue au financement des interventions de PF à travers la prestation de services SR/PF et l'achat des produits.

Tableau 3: Répartition du flux financier pour les interventions de PF, de population et de SR en 2014 & 2015

Budget par intervention	2014			2015		
	Total	Proportion		Total	Proportion	
		% Source interne	% Source internationale		% Source interne	% Source internationale
Budget national pour des activités relatives à la population	932 569 847	4%	96%	29 536 649 639	8%	92%
Budget national pour des activités relatives à la PF	289 934 836	5%	95%	5 425 204 539	23%	77%
Budget national pour des activités relatives à la santé reproductive/maternelle de base	464 657 051	3%	97%	18 711 510 712	5%	95%

Source : Rapports NIDI-UNFPA

Il ressort du tableau ci-dessus que les financements des questions de populations et de PF reposent essentiellement sur les sources internationales. Par ailleurs, le volume du financement en 2015 a connu un bon exceptionnel par rapport à 2014.

Forces

- Gratuité des services PF
- Contribution du budget national à l'achat des produits PF

Faiblesses

- Faible engagement financier de l'Etat
- Faiblesses du système de rapportage et du suivi des financements de la PF au niveau national

3.4. PARTENARIAT DU PROGRAMME SR/PF

Depuis le démarrage du programme, un certain nombre de partenaires lui ont apporté leur assistance (Coopération suédoise, Coopération portugaise, l'Union européenne, ...) mais le principal partenaire reste l'UNFPA qui lui apporte un appui technique et financier dans le cadre de la mise de son programme de coopération avec le pays.

En ce qui concerne les ONG, il y a l'Association santoméenne pour la promotion de la famille (ASPF) qui intervient dans l'offre de services de PF. En termes d'organisations associatives, l'Association de direction pour un comportement sain (ARCOS) appuie le programme dans le cadre de la sensibilisation. Par ailleurs, la Direction de la planification et de l'innovation éducative (DPIE) du Ministère de l'éducation nationale appuie le programme à travers la sensibilisation en matière de SR/PF au niveau des écoles. Enfin, il existe dans le pays certaines organisations commerciales privées notamment les compagnies de téléphone, les compagnies d'hydrocarbures et les institutions bancaires.

En dehors de ARCOS et de la DPIE avec lesquelles le partenariat est assez suivi, il ressort du programme que le partenariat technique et financier avec les autres organisations est insuffisant. En exemple, les ressources de l'ASPF ainsi que les activités menées par cette organisation ne sont pas prises en compte dans le programme.

Pour ce qui est des autres institutions, elles pourraient participer à la mise en œuvre du programme de PF à travers la signature d'une convention de partenariat y compris sous forme de franchises sociales (une compagnie de téléphone pourrait consentir à mettre à la disposition du programme son système de messagerie en contrepartie de services spécifiques).

Des documents qui ont été mis à la disposition des consultants, il ressort que quelques structures publiques de santé ne fournissent pas des services de PF. En plus, certaines structures de prestations de services de santé d'ONG (ASPF) et d'organisations confessionnelles ne sont pas suffisamment intégrées dans le système de santé. Ceci pourrait être un facteur limitatif de l'accessibilité des populations à des services de qualité et de la disponibilité des données sanitaires.

Forces

- Existence de quelques partenaires pour la PF : UNFPA, ASPF, ARCOS, Ministère de l'éducation
- Existence d'organisations à base communautaires

Faiblesses

- Faible participation des structures confessionnelles et ONG aux activités de PF
- Faible implication des organisations à base communautaire
- Non prise en compte au niveau du programme des activités de certains partenaires

3.5. ANALYSE DU MANAGEMENT DU PROGRAMME DE PF

Il s'agit dans cette rubrique d'examiner la gestion du programme en ces principales fonctions notamment les missions ou buts du programme, la planification, les fonctions de renforcement des compétences, la gestion logistique, la communication pour le changement de comportement (CCC), la recherche opérationnelle et le système de suivi et d'assurance qualité.

3.5.1. Mission du programme

La mission du programme épouse les objectifs de la CIPD en matière de santé notamment la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile ainsi que l'accès universel à toute la gamme des soins de santé en matière de procréation y compris les services de planification familiale.

Au niveau national, bien qu'il n'y ait pas de documents de politique ou de programme de PF spécifique, les interventions y relatives sont intégrées et coordonnées par le programme SR, par conséquent, il n'y a pas de mission expressément formulée.

De l'analyse des documents, il ressort que les interventions de PF visent la santé de la mère et de l'enfant à travers l'espacement des naissances. Il n'est cependant pas mentionné nulle part l'apport de la PF dans la transition et le dividende démographique.

La structure chargée de la PF est une unité relevant du secteur de santé maternelle du programme de santé de la reproduction. Ce dernier comprend d'autres secteurs qui sont : Santé infantile/vaccination, Santé des adolescents, Appui communautaire, un secteur administratif et enfin un secteur IEC (non pourvu en personnel mais le PSR bénéficie de l'appui du département de l'éducation pour la santé dans ce domaine). Dans les districts, le processus a été décentralisé à travers la nomination d'une Sage-femme/Infirmière responsable de la SR/PF. Bien qu'ils puissent exister, l'équipe d'évaluateurs n'a pas pu obtenir les documents de description de postes et de manuels de procédures, ce qui ne leur a pas permis d'apprécier la pertinence des missions des uns et des autres.

L'organigramme qui date de plus d'une vingtaine d'années ne correspond plus à la dynamique actuelle du programme SR/PF et des exigences internationales dans le domaine. Ainsi, il est indispensable de revoir la structure organisationnelle et institutionnelle du programme pour d'une part repositionner la PF (service, unité, ...) et d'autre part lui permettre d'être plus performant. En outre, il sera nécessaire d'affecter au programme les ressources humaines nécessaires pour mieux conduire les interventions du programme.

Forces

- Existence d'une équipe de coordination dynamique et engagé
- Intégration des activités de santé maternelle dans les points de prestation
- Décentralisation des activités et des responsabilités à tous les niveaux du système

Faiblesses

- Absence d'un document de politique de PF d'où Missions non spécifiées
- Faible positionnement de la PF au niveau de l'organigramme
- Absence de description de poste et de manuel de procédures

3.5.2. Dynamique de planification systématique

De l'analyse, il ressort des faiblesses en termes de systématisation de l'élaboration de plans d'action de la PF et d'adéquation entre les plans stratégiques et opérationnels. Par ailleurs, on relève des insuffisances en matière de

cohérence interne des plans opérationnels, des chronogrammes d'activités en lien avec un budget détaillé et enfin de description des besoins en ressources humaines et financières.

Forces

- Expériences d'élaboration de plans pluriannuels (Feuille de route, plan stratégique SR, plan SPSR, ...)
- Plan SR contenant des indicateurs pour la PF

Faiblesses

- Non systématisation de l'élaboration de ces plans
- Absence de plan de suivi
- Faiblesses du système de rapportage et de suivi.
- Non fixation de baseline pour les indicateurs et des cibles annuels

3.5.3. Stratégies innovantes

Il ressort dans ce domaine que les stratégies actuelles du programme ne sont pas suffisantes pour répondre aux besoins et objectifs nationaux ainsi qu'aux standards internationaux. En d'autres termes, il n'y a pas une relecture régulière des objectifs et des stratégies en vue de les adapter aux besoins, priorités et à l'évolution des indicateurs de performance.

Forces

- Existence de stratégies classiques : Intégration du paquet de services de SMI, système de collecte de données, gestion logistique, supervisions, formations, CCC/IEC avec affiches et messages radio/TV

Faiblesses

- Faible documentation des bonnes pratiques
- Insuffisance de développement de stratégies innovantes

3.5.4. Formation et supervision

En ce qui concerne la formation continue, il existe des formateurs en compétences cliniques constitués de médecins, de sages-femmes et d'infirmières. Toutefois, il n'y a pas de suivi post formation pour renforcer les acquis et s'assurer de la mise en pratique des compétences acquises.

En ce qui concerne les directives pour la prestation des services, il y a un document tenant lieu de directives mais il faut souligner que ce document ne répond pas aux standards de définition de protocoles en la matière. En effet, il ne comporte guère d'ordinogramme utile à la prise de décision des prestataires. Par ailleurs, le système de supervision mis en place ne permet pas de s'assurer de la mise en pratique des prescriptions décrites dans le document de normes.

La supervision s'organise de façon trimestrielle et est intégrée avec les autres interventions du programme notamment la CPN, les accouchements et la vaccination. Cependant, il n'y a pas de cahiers de supervision, de plans de résolution des problèmes et de rapports systématiques de feed-back. Cela limite l'apport de la supervision dans l'amélioration des compétences des prestataires et de leur environnement de travail.

Force

- Formation régulière des prestataires sur la PF
- Une supervision de 90% des PPS au cours des six derniers mois et 60% au moins ont reçu deux supervisions

Faiblesses

- Insuffisance du suivi post formation
- 18,4% des superviseurs n'observent que les services dont ils sont responsables, ce qui pose la question de la supervision intégrée des services
- Insuffisances des rapports de supervision, de plan de suivi des recommandations

3.6. CHANGEMENT DE COMPORTEMENT POUR ACCROITRE LA DEMANDE

De l'analyse, il ressort que le changement de comportement au niveau individuel est impératif pour la accroitre la demande et l'utilisation des services de PF. Cependant, les stratégies éprouvées avec les évidences pour le changement de comportement ne sont pas suffisamment utilisées.

Communication utilise l'approche classique (individuelle, mass-médias, ...) sans tenir compte de la complexité de la communication pour le changement de comportement selon les théoristes du comportement.

En outre, il n'y a pas un suivi évaluation régulier du niveau d'écoute, de connaissances et de changement de pratiques.

En ce qui concerne le plaidoyer, il est fait mais sans support structuré avec un mécanisme de suivi des résultats attendus.

Forces

- Existence au niveau des PPS d'affiches (petit format) sur la PF
- Diffusion de messages radio/TV sur la SR

Faiblesses

- Absence de boites à images et de supports grand-format pour les activités de sensibilisation
- Absence de campagne/semaine systématisée de sensibilisation sur la PF
- Faiblesse de l'utilisation des TIC pour les activités de sensibilisation
- Faiblesse des activités de plaidoyer

3.7. OFFRE ET ACCES AUX SERVICES DE QUALITE

L'analyse de la capacité d'offre des services permet d'apprécier la préparation des structures sanitaires pour offrir des services de qualité aux clientes. En d'autres termes, il s'agit d'apprécier le niveau d'accessibilité temporelle et géographique des services, les services disponibles dans les points de prestation de services de PF, les facilités (infrastructures) mises en place, les médicaments et consommables, les équipements et le matériels médicotechniques disponibles pour offrir ces services, le profil des agents prestataires et leurs compétences techniques.

3.7.1. Accès financier, temporel et géographique

Pour ce qui est de l'appréciation des coûts et de l'accessibilité financière, il faut relever que la PF est gratuite et les clientes ne rencontrent généralement pas d'obstacles pour accéder aux services de PF.

Sur le plan géographique, en dehors de l'absence des panneaux indicatifs, les distances parcourues sont faibles et les services sont en général disponibles 24H/24H..

3.7.2. Communication interpersonnelle et environnement de l'offre des services

Il ressort que les prestataires sont formés en counseling et en technologie. Mais certains thèmes tels l'insertion ou l'implant sont peu dispensés pendant les formations de base ou de recyclage.

En matière de matériel IEC, les PPS sont fournis en brochures et affiches. Mais les boîtes à images, comme outils utiles à la communication lors des causeries et du counseling en PF, font défaut et de ce fait peu utilisés.

Il ressort en outre de l'analyse que de nombreuses salles de consultation PF sont utilisées pour d'autres prestations et ne sont pas adaptées pour assurer une intimité et une confidentialité optimales des clientes. En plus, les services de maternité et d'accouchement, les services de diagnostic des autres IST, les consultations pour infertilité et la prise en charge des avortements incomplets sont peu disponibles.

On note en outre une faible implication et d'engagement des médecins dans l'offre de prestation des services de PF. Il en est de même pour les infirmiers en ce qui concerne l'offre des implants et du DIU.

3.7.3. Qualité des services

L'accueil des clients, le respect de l'intimité et de la confidentialité, la communication interpersonnelle prestataire-client lors de la consultation sont des facteurs importants pour la qualité des prestations de services PF. En effet, le premier contact du client avec les services de PF sont déterminants pour l'acceptation, le choix et la continuité des méthodes. Par ailleurs, la qualité de l'entretien avec le client et de son examen physique peut présager des compétences des prestataires. L'analyse de la situation révèle cependant une faiblesse du respect de l'intimité et de la confidentialité.

Les conditions d'examen physique et d'interrelation avec la cliente ainsi que celles de la prévention des infections sont critiques et doivent être respectées à tous les niveaux et à tout moment dans les services de prestation des soins (90% des prestataires ne se lavent pas les mains avant et après examen). Ce qui pourrait constituer un danger pour la sécurité aussi bien des clientes PF que des prestataires.

Cette faible observance des standards de qualité remet en doute les compétences et capacités techniques des prestataires rencontrés sur le terrain.

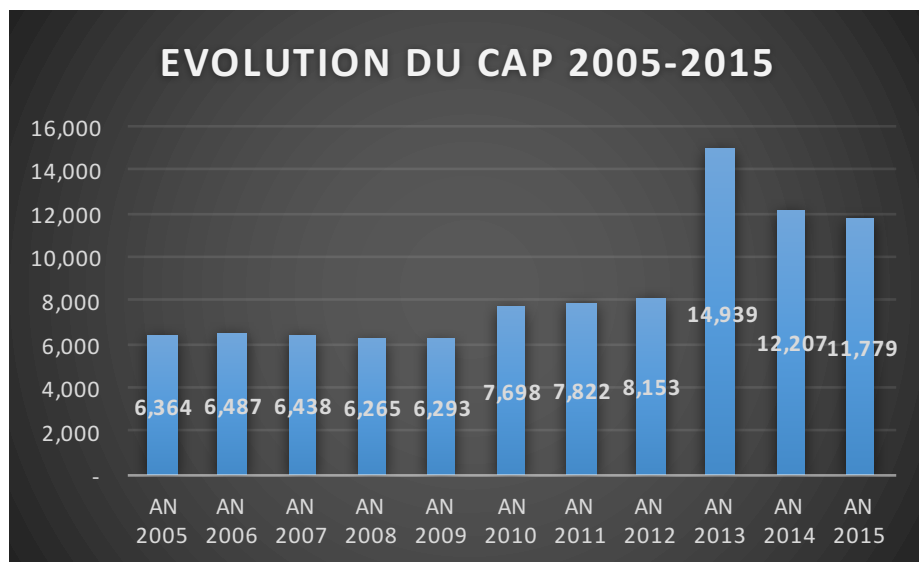
3.7.4. Choix des méthodes par les clientes

Pour éclairer la cliente afin de lui permettre de faire un choix approprié et informé, il est important lors du counseling de décrire toute la gamme des méthodes disponibles et offertes par le programme et le lieu de leur approvisionnement.

Lors du counseling, 58% des prestataires ont mentionné au moins deux méthodes contre 22% qui ne mentionnaient qu'une seule méthode et 13% qui ne mentionnaient aucune méthode. Pour ce qui est de mentionner au moins une méthode, c'est l'injectable qui était la méthode la plus mentionnée par les prestataires (64%) suivi de la pilule combinée œstro-progestative (63%). Par contre l'implant et la ligature des trompes sont les moins mentionnés avec respectivement 28% et 7%. Le condom qui est aussi nécessaire pour la protection contre le VIH, n'est mentionné que dans 39 % des situations. De manière générale, la propension à mentionner les méthodes est faible dans la mesure où dans plus d'un tiers des cas, ni la pilule ni l'injectable n'est mentionné.

3.7.5. Utilisation des services de PF

Figure 3: Histogramme de distribution des CAP de 2005 à 2015 (Source : Rapports statistiques du programme SR/PF)



De l'analyse de ces graphiques, il faut noter que le CAP au niveau national a connu un accroissement progressif avec deux bonds, un premier bond en 2010 et un second bond très significatif en 2013. Ce dernier bon bond est imputable à l'introduction de l'implant qui a un facteur de conversion assez élevé et qui au départ a connu un très grand engouement. Après 2013 cependant, la courbe présente une pente descendante probablement dû au faible recrutement de nouvelles utilisatrices de l'implant et au retrait très élevé de cette méthode.

3.7.6. Besoins non satisfaits

Les besoins non satisfaits (c'est-à-dire la proportion des femmes de 15-49 ans, mariées ou en union, qui au moment de l'enquête ne sont ni enceintes, ni en aménorrhées mais qui souhaitent retarder la prochaine grossesse soit pour espacement ou limitation de naissance et qui déclarent ne pas utiliser une méthode contraceptive) restent élevés à 37,2 % (EDS 2008-2009) soient 18% pour la limitation et 19,1% pour l'espacement. Ce qui aboutit finalement à une demande potentielle totale de 75,6% en matière de planification familiale.

Les besoins non satisfaits restent particulièrement élevés parmi les 15-19 ans soient 48,3% et dans la région du Centre Est Agua grande et Mezochi (39,6%).

Selon le MICS 2014, les besoins non satisfaits connaissent une légère baisse mais restent toujours élevés à 32,7% avec 15,6% pour la limitation et 17,1% pour l'espacement. En termes de distribution selon les régions, le pic des besoins non satisfaits est enregistré dans la région du Centre Est à 35,8% et pour les 15-19 ans à 42,2%. Ainsi, à l'échelle nationale, la demande potentielle est de 73,3%.

Ces chiffres indiquent que le taux de prévalence contraceptive pourrait atteindre les 75% si toute la demande potentielle était satisfaite.

3.8. SECURISATION DES PRODUITS

3.8.1. Gamme complète des méthodes contraceptives

Le programme offre l'essentiel des produits de PF habituels aussi bien au niveau du secteur public qu'au niveau des ONG (ASPF). Il s'agit des pilules œstro-progestatives combinées, des pilules progestatives, les injectables (Depo-provera), les implants (Jadelle), le dispositif intra utérin (DIU CU380A), les condoms masculins et féminins, la ligature des trompes, la vasectomie, la méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA) et la contraception d'urgence. Les implants ont été intégrés dans la gamme des produits en 2012. Ces produits sont inclus à la liste nationale des médicaments essentiels (LNME). Dans le document de paquet minimum de prestation, la gamme minimale de produits de PF que chaque niveau du système de santé doit offrir y figure.

Toutefois, l'accent n'est pas mis sur les méthodes de longue durée et il n'y a pas d'offre de DIU post-partum et de l'avortement sécurisé.

3.8.2. Système d'information en gestion logistique

Il existe des supports de collecte des données logistiques (fiches de stocks, fiches de pointage journalier, formulaires de rapports périodiques) des produits SR y compris les contraceptifs à tous les niveaux (central, centre de santé, poste de santé). Ces supports contiennent les trois données logistiques essentielles (stocks disponibles, consommation et pertes/ajustements). Cependant, on note que les pertes, indicateur très important du bon fonctionnement d'un système logistique, ne sont généralement pas rapportées par le niveau périphérique et les fiches de stocks ne sont généralement pas à jour.

Bien que le logiciel CHANNEL soit installé au niveau central et district, les données du SIGL des produits SR/PF ne sont pas suffisamment saisies et exploitées en vue de présenter l'information logistique sous un angle qui serve à la prise de décision pour améliorer le système de gestion. Ceci expliquerait en grande partie les insuffisances dans le mécanisme de retro-information aux acteurs de terrain et la persistance des discordances dans les données rapportées.

Il n'y a pas de manuel de gestion logistique mais plutôt un manuel de formation en gestion logistique des produits de santé de la reproduction dans lequel les paramètres du système de contrôle de l'inventaire Max/Min sont indiqués.

3.8.3. Rupture des stocks

L'analyse de la rupture des stocks révèle une tendance à la hausse par rapport au niveau de 2014 de 10,53% à 16,7% en 2015.

En ce qui concerne plus spécifiquement le contraceptif d'urgence (Postinor), les ruptures selon le programme, seraient dues au fait que les femmes utilisent cette méthode d'urgence comme méthode de contraception courante. Ce qui entraîne une consommation anormalement élevée de cette méthode contraceptive.

3.8.4. Conditions d'entreposage des produits

La gestion des produits SR/PF est verticale et non intégrée au circuit de distribution des médicaments essentiels génériques (MEG) géré par le Fonds national du médicament (FNM). C'est ainsi qu'au niveau central, les produits SR/PF sont stockés dans un magasin du programme. Au niveau des centres et postes de santé, les produits sont gardés dans les armoires gérées par des sages-femmes/infirmières c'est-à-dire dans des locaux autres que les magasins des autres médicaments essentiels.

Les conditions d'entreposage sont généralement peu respectées dans la mesure où les capacités de stockage sont insuffisantes à tous les niveaux.

En plus, il n'y a pas de guides ou de directives écrites d'entreposage et les personnes qui assurent la gestion des stocks n'ont pas reçu la formation nécessaire pour une bonne gestion des stocks.

3.8.5. Prévisions et approvisionnements des stocks

La quantification est faite sur la base des données logistiques (quantités réellement remises entre les mains des clients) contenues dans les rapports des centres et postes de santé. Toutefois, les besoins des autres acteurs notamment l'ASPF ne sont pas pris en compte dans la quantification du programme. Par ailleurs, la quantification est faite de façon manuelle. En effet, les membres de l'équipe du programme n'ont pas reçu une formation appropriée sur la quantification, la planification et le suivi des plans d'approvisionnement établis en utilisant le logiciel PipeLine.

Forces

- Gamme assez complète des produits offerts et intégrée dans la liste MEG
- Existence d'outils de gestion logistique (Fiches de stocks, formulaires de rapports, manuel de formation, Channel, ...), de collecte et de compilation des données et d'un bon système d'archivage
- Détermination des niveaux du réseau de distribution et des Max-Min fonctionnels à chaque niveau
- Prévisions régulières des besoins

Faiblesses

- Absence de formation des membres des acteurs en logistique générale et quantification
- Absence d'un guide de gestion logistique
- Insuffisances du manuel de formation en gestion logistique
- Absence d'une équipe technique de quantification et de suivi des plans d'approvisionnement
- Non prise en compte des données de l'ASPF pour les prévisions des besoins
- Non intégration de la gestion des produits SR/PF au circuit des MEG du Fonds national du médicament
- Insuffisance de capacité d'entreposage au niveau central et au niveau des PPS
- Absence de directives d'entreposage dans les entrepôts à tous les niveaux

3.9. SYSTEME D'INFORMATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION ET RECHERCHE

3.9.1. Système d'information et de suivi pour la gestion du programme

Il est mis en place un système d'information et de suivi des activités du programme SR y compris la PF et les données sont consolidées trimestriellement au niveau du programme.

En vue de l'assurance qualité des données, le Programme SR effectue des sorties dans les centres et postes de santé présentant des incohérences dans les données afin de valider les données trimestrielles avec l'équipe du district. Toutefois, ce système pourrait être amélioré à travers la constitution d'une équipe de validation, de développement d'outils et une systématisation du mécanisme.

Il est ressorti que les taux de promptitude et de complétude sont à 100%. Cependant, les données ne sont pas saisies et traitées à l'aide d'un logiciel, ce qui rend leur agrégation fastidieuse avec des risques d'erreurs. En outre, il a été relevé une insuffisance dans l'exploitation des données en vue d'un feed-back (retro-information) et une faiblesse dans l'utilisation de ces données pour la prise de décisions programmatiques.

3.9.2. Recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle permet aux décideurs et aux gestionnaires des programmes de disposer des données factuelles sur les problèmes rencontrés et d'adapter les stratégies pour une performance des programmes. Il est ressorti que le programme de SR réalise des études mais les dernières sont beaucoup plus orientées sur des analyses situationnelles et des évaluations d'interventions. Cependant, il existe des problématiques qui pourraient faire l'objet de recherche opérationnelle tels les déterminants des grossesses précoces chez les adolescents, la faible implication des hommes dans la PF, la chute du niveau d'utilisation des implants.

Par ailleurs, il n'existe pas un système d'utilisation systématique des données issues des recherches.

Forces

- Système d'information existant avec un bon taux de complétude et de promptitude
- Bon archivage des documents de SIS et utilisation de l'échéancier

Faiblesses

- Traitement non informatisé des données logistiques et de PF
- Absence de retro-information avec des illustrations des progrès (courbes graphiques, ...), description des goulots d'étranglement et propositions de solutions en cas de besoin
- Insuffisance dans le suivi régulier des interventions, basé sur les indicateurs et les cibles pour l'appréciation des progrès, en vue d'identifier les goulots d'étranglement
- Absence d'un système d'assurance qualité des données

4. DEFIS EN MATIERE DE PF ET DE SPSR

L'analyse de la situation du programme PF et de la sécurisation des produits de santé de la reproduction a permis d'identifier les défis ci-après :

- Faiblesse du contexte politique et programmatique en matière de PF
- Faible appropriation des documents stratégiques et opérationnels de PF à tous les niveaux (Central, District, ONG, Associations, autres ministères et partenaires)
- Faible implication des hommes en matière de PF
- Insuffisance du financement des interventions de PF
- Faiblesse des interventions de création de la demande en PF
- Insuffisance dans la création de la demande des services de PF pour les jeunes et adolescents scolarisés et non scolarisés
- Insuffisance dans l'accès et l'offre des méthodes contraceptives en particulier celles à longue durée d'action (implants, DIU)
- Faible implication des organisations de la société civile et des ONG dans l'offre des services de PF (information et contraceptifs)
- Insuffisance d'accès et de choix à la gamme complète des méthodes contraceptives par les clientes
- Insuffisance de confidentialité, d'intimité dans l'offre des services PF aux clientes
- Faible qualité, inadéquation et non convivialité des services de PF et de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents (SSRAJ)
- Faible intégration de la gestion des produits SR au niveau national
- Faiblesse du système d'information en gestion logistique
- Faible compétence des acteurs dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement

- Insuffisance dans la coordination et de suivi-évaluation des interventions de PF
- Insuffisance dans le système de formation et de supervision
- Faiblesse du système de collecte et de gestion de l'information en matière de PF
- Insuffisance des activités de recherche action et de documentation des bonnes pratiques

5. OBJECTIF DU PLAN NATIONAL D'ACTION DE PLANIFICATION FAMILIALE

Le plan d'action 2018-2021 pour l'accélération de la PF a pour objectif général : « **Augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 37,4% en 2018 à 50% en 2021 en vue de la réalisation de la transition démographique, du développement durable et de l'état de bien-être des populations de Sao Tomé et Principe** ».

6. CADRE DES DEFIS, OBJECTIFS ET INDICATEURS

DEFIS	OBJECTIFS	INDICATEURS
Faiblesse du contexte politique et programmatique en matière de PF	1. Améliorer le contexte politique et programmatique en faveur de la PF	1.1. Loi sur la SR/PF adoptée
		1.2. Score d'efforts en matière de PF (Indexe composite annuel) national FP2020 (Cible :+20% l'an)
Faible implication des hommes en matière de PF	2. Accroître l'implication des hommes pour l'accès et la disponibilité des services de PF	2.1. Taux de couverture en maris pairs éducateurs (deux maris pairs éducateurs par localité) (Cible 85%)
Insuffisance du financement des interventions de PF	3. Accroître de 40% le financement par les ressources (y compris l'Etat et le secteur privé national) pour la PF	3.1. Taux d'accroissement annuel des fonds alloués par le budget national pour la PF
		3.2. Taux d'utilisation annuel des fonds alloués par le budget national
		3.3. Proportion du financement du plan PF par les partenaires
Faiblesse des interventions de création de la demande en PF	4. Accroître la communication interpersonnelle en matière de PF	4.1. Niveau de connaissances des méthodes contraceptives par les femmes <ul style="list-style-type: none"> ◦ Implants (Base: 8,6%; Cible:95%) ◦ DIU (Base:65.7%; Cible:95%) ◦ Ligature des trompes (Base:33,2%; Cible:95%) ◦ Vasectomie (Base:18,7%; Cible:95%)
		4.2. Indice d'information sur les méthodes contraceptives (PMAFP2020) Indice conçu à partir de trois questions <ul style="list-style-type: none"> ◦ Avez-vous reçu des informations sur d'autres méthodes ? ◦ Avez-vous reçu des informations les effets secondaires ? ◦ Vous a-t-on dit ce qu'il faut faire en cas d'effet secondaires ?
		4.3. Proportion de points de prestation de services PF disposant de boites à images (choix d'un indicateur traceur)
	5. Augmenter la proportion de personnes exposées, surtout les femmes aux messages sur la PF à travers les mass-médias	5.1. Proportion des femmes exposées aux messages sur la PF à travers les mass-médias (Radio Base : 77% ; Cible : 90%) ; (Télévision Base : 85,3% ; Cible : 95%)
	6. Développer et mettre en œuvre la stratégie de changement de comportement	6.1. Proportion de personnes touchées par la stratégie de changement de comportement dans les zones d'intervention
	Insuffisance dans la création de la demande des services de PF pour les jeunes et adolescents scolarisés et non scolarisés	7. Augmenter l'accès des adolescents et jeunes scolarisés à l'éducation sexuelle et reproductive complète et les services de PF dans tous les
7.2. Taux de couverture des établissements en pairs éducateurs SRAJ/PF (Deux pairs éducateurs par classe, nombre de classe répondant aux normes sur total des classes)		

DEFIS	OBJECTIFS	INDICATEURS
Insuffisance dans l'accès et l'offre des méthodes contraceptives en particulier celles à longue durée d'action (implants, DIU)	<p>établissements scolaires et centres de formation professionnelle</p> <p>8. Accroître les capacités des centres et postes de santé pour l'offre de services de contraception de qualité surtout les méthodes de longue durée d'action</p>	7.3. Proportion d'adolescents et jeunes touchés par les services d'éducation sexuelle et reproductive
		7.4. Niveau de connaissance des adolescents et jeunes sur la santé sexuelle et reproductive
		8.1. Proportion des PPS offrant les implants (Base : 42% ; Cible : 95%) (Source : Evaluation programme PF)
		8.2. Proportion des PPS offrant le DIU (Base : 34% ; Cible 95%) (Source : Evaluation programme PF)
		8.3. Couple année protection (CAP) par méthode 8.4. Proportion de prestataires mentionnant l'implant lors du counseling (Base : 28% ; Cible : 95%) 8.5. Proportion de prestataires mentionnant la ligature des trompes lors du counseling (Base : 7% ; Cible : 95%)
Faible qualité, inadéquation et non convivialité des services de PF et de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents (SSRAJ)	<p>9. Accroître l'accès des adolescents et des jeunes à des services conviviaux et de qualité de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans 90% des Centres de santé et 25% des Postes de santé</p>	<p>9.1. Proportion des PPS offrant des services conviviaux de qualité aux adolescents et jeunes</p> <p>9.2. Taux de réduction du nombre de grossesses non désirés par an chez les 10-24 ans en milieu scolaire</p>
	<p>10. Accroître l'accès aux services de PF de qualité à travers la mise en place de deux cliniques mobiles et la distribution à base communautaire en raison de deux agents de santé communautaire par localité</p>	10.1. Nombre de cliniques mobiles fonctionnelles
		10.2. Nombre de clientes servies par les cliniques mobiles et en particulier pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Implants ○ DIU ○ Ligature de trompes ○ Soins complets d'avortement
		10.3. Proportion de localités couvertes par les agents de santé communautaires
Faible implication des organisations de la société civile et des ONG dans l'offre des services de PF (information et contraceptifs)	<p>11. Développer le partenariat avec le secteur privé, les organisations de la société civile et les ONG pour l'accroissement de l'offre et l'utilisation des services de PF</p>	11.1. Nombre de partenaires du programme PF offrant les services
		11.2. Proportion de clientes PF servies par les structures des différents partenaires
Insuffisance de confidentialité, d'intimité dans l'offre des services PF aux clientes	<p>12. Accroître la confidentialité et l'intimité des utilisatrices des services de PF dans tous les points de prestations de services (PPS)</p>	12.1. Proportion des PPS répondant aux normes minimales définies en matière d'intimité et de confidentialité

DEFIS	OBJECTIFS	INDICATEURS
Faible intégration de la gestion des produits SR au niveau national	13. Assurer une intégration de la chaîne de distribution des produits de SR au circuit des MEG	13.1. Distribution des produits SR/PF intégrée au circuit national de distribution des médicaments essentiels génériques (MEG)
Faiblesse du système d'information en gestion logistique	14. Assurer un système d'information en gestion logistique performant pour une disponibilité continue des produits de SR/PF	14.1. Taux de rupture par produit et par niveau de la chaîne d'approvisionnement
		14.2. Proportion des PPS n'ayant pas connu de rupture d'au moins cinq (05) produits contraceptifs
		14.3. Taux de complétude des rapports logistiques
		14.4. Taux de promptitude des rapports logistiques
		14.5. Proportion de rapports de retro information disponibles (Cible : un rapport par trimestre)
Faible compétence des acteurs dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement	15. Assurer l'approvisionnement adéquat des produits contraceptifs	15.1. Proportion des sessions de quantification réalisées (Cible : deux par an)
Insuffisance dans la coordination et de suivi-évaluation des interventions de PF	16. Améliorer le mécanisme de planification, de coordination et du partenariat	16.1. Existence d'un comité de pilotage fonctionnel
Insuffisance dans le système de formation et de supervision	17. Améliorer le système de formation et de supervision	17.1. Existence d'un mécanisme d'évaluation des compétences fonctionnel (théorique en ligne et pratique sur site)
		17.2. Existence d'un système de supervision fonctionnel
Faiblesse du système de collecte et de gestion de l'information en matière de PF	18. Améliorer le système de collecte et de gestion de l'information en matière de PF	18.1. Taux de complétude des rapports PF
		18.2. Taux de promptitude des rapports PF
		18.3. Proportion des rapports de retro-information diffusés (Cible : un rapport par trimestre)
Insuffisance des activités de recherche action et de documentation des bonnes pratiques	19. Développer des activités de recherche action et de documentation des bonnes pratiques	19.1. Nombre de recherches actions réalisées
		19.2. Nombre de bonnes pratiques documentées

7. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

A l'issue de l'analyse de la situation, les axes prioritaires à prendre en compte en matière de PF et de SPSR pour le présent plan d'action 2018-2021 sont :

- 1. Axe du renforcement de la gouvernance et de l'autonomisation des groupes vulnérables** : Les interventions à considérer dans cet axe sont le renforcement du processus d'élaboration des plans annuels consolidés, la promotion de l'égalité de genre, l'implication des hommes et l'adhésion des décideurs politiques. Il s'agira également de réorganiser le programme et de le doter en ressources humaines et financières adéquates pour la mise en œuvre des interventions.
- 2. Axe de la mobilisation des ressources et du financement durable** : Au niveau de cet axe, il est indispensable, pour soutenir les efforts des partenaires habituels, d'accroître progressivement les ressources internes (Etat et secteur privé) pour le financement de la PF aussi bien en ce qui concerne les activités que pour l'achat des produits contraceptifs. Par ailleurs, il convient de mettre en place un mécanisme efficace de suivi des engagements et des ressources mobilisées.
- 3. Axe du changement de comportement pour l'augmentation de la demande** : Cet axe inclut aussi bien la communication interpersonnelle (prestataire-clientes) que la communication à travers les mass-médias et plus spécifiquement en prenant en compte tous les groupes spécifiques en l'occurrence, les femmes, les hommes et les adolescents et jeunes. Il est par ailleurs indispensable de renforcer le droit et l'accès à des services conviviaux de qualité de PF et de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et jeunes à travers des services organisés et adaptés à ce groupe spécifique. Il s'agira aussi d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie cohérente basée sur la théorie du changement de comportement et de saisir l'opportunité des NTIC pour atteindre les groupes spécifiques que sont les jeunes.
- 4. Axe du renforcement de l'offre et de l'accès aux services de qualité** : Le renforcement de la qualité de l'offre passe par une réorganisation des lieux de prestation, une formation appropriée des prestataires en technologie contraceptive, en counseling et en prévention des infections. En outre, une réorganisation des points de prestation permettrait de mieux adapter les services aux besoins des adolescents et jeunes. Des stratégies innovantes de proximité telles les cliniques mobiles et la distribution à base communautaire pourraient être expérimentées et passées à l'échelle si elles s'avèrent concluantes. L'outil informatique remplacerait l'échéancier et faciliterait le suivi de la continuité. Il est en outre indispensable d'inclure les médecins pour l'offre de la PF, d'affecter des sages-femmes au niveau des postes de santé et enfin de former les infirmières pour l'offre des implants et des DIU. Enfin, le renforcement du partenariat avec le secteur privé, les organisations de la société civile et les ONG pour l'accroissement de l'offre et l'utilisation des services de PF est une nécessité.
- 5. Axe de la sécurisation des produits** : La sécurisation est un processus qui vise à permettre à tout couple de pouvoir choisir, obtenir et utiliser les produits contraceptifs à tout moment et en tout lieu sans que le coût n'en soit une barrière. Sans produits aucun programme ne peut fonctionner, c'est ainsi que dans le cadre du plan PF, un accent sera mis pour assurer une bonne prévision et une planification, un approvisionnement, un stockage et une distribution des produits de SR en particulier les produits contraceptifs à tous les niveaux. Cela sera bien entendu soutenu par un personnel formé, un financement sécurisé et un système d'information en gestion logistique performant et répondant aux attentes.
- 6. Axe du renforcement de la coordination, du suivi-évaluation et du partenariat**: Au niveau de cet axe, il s'agit d'améliorer le mécanisme de planification, de coordination et de suivi des interventions de PF. Ainsi, un organe de coordination sera mis en place pour piloter la mise en œuvre et le suivi du plan. Un plan de suivi évaluation

comprenant les indicateurs et les cibles par objectifs sera utilisé comme gouvernail pour l'appréciation continue des progrès à tous les niveaux (central, districts, autres acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux). Pour faciliter le suivi et l'évaluation des interventions, l'informatisation du traitement et de l'analyse des données doivent constituer une priorité. Il faudrait en plus améliorer le système de formation et de supervision. Aussi, l'analyse des rapports et la retro- information aux acteurs doit être systématisée. Enfin, il faut développer des activités de recherche action et de documentation des bonnes pratiques pour aider à la prise de décision.

8. OBJECTIFS SPECIFIQUES PAR AXE STRATEGIQUE

AXE STRATEGIQUE 1. RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE L'AUTONOMISATION DES GROUPES VULNERABLES

Objectif 1. Améliorer le contexte politique, programmatique en faveur de la PF

Objectif 2. Accroître l'implication des hommes pour l'accès et la disponibilité des services de PF

AXE STRATEGIQUE 2. AXE STRATEGIQUE 2 : MOBILISATION DES RESSOURCES ET DU FINANCEMENT DURABLE

Objectif 3. Accroître de 40% le financement par les ressources (y compris l'Etat et le secteur privé national) pour la PF

AXE STRATEGIQUE 3. AXE STRATEGIQUE 3 : CHANGEMENT DE COMPORTEMENT POUR L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE

Objectif 4. Accroître la communication interpersonnelle en matière de PF

Objectif 5. Augmenter la proportion de personnes exposées, surtout les femmes aux messages sur la PF à travers les mass-médias

Objectif 6. Développer et mettre en œuvre la stratégie de changement de comportement

Objectif 7. Augmenter l'accès des adolescents et jeunes scolarisés à l'éducation sexuelle et reproductive complète et les services de PF dans tous les établissements scolaires et centres de formation professionnelle

AXE STRATEGIQUE 4. AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DE L'OFFRE ET DE L'ACCES AUX SERVICES PF DE QUALITE

Objectif 8. Accroître les capacités des centres et postes de santé pour l'offre de services de contraception de qualité surtout les méthodes de longue durée d'action

Objectif 9. Accroître l'accès des adolescents et des jeunes à des services conviviaux et de qualité de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans 90% des centres de santé et 25% des postes de santé

Objectif 10. Accroître l'accès aux services de PF de qualité à travers la mise en place de deux cliniques mobiles et la distribution à base communautaire en raison de deux agents de santé communautaire par localité

Objectif 11. Développer le partenariat avec le secteur privé, les organisations de la société civile et les ONG pour l'accroissement de l'offre et l'utilisation des services de PF

Objectif 12. Accroître la confidentialité et l'intimité des utilisatrices des services de PF dans tous les points de prestations de services (PPS)

AXE STRATEGIQUE 5. AXE STRATEGIQUE 5 : SECURISATION DES PRODUITS

Objectif 13. Assurer une intégration de la chaîne de distribution des produits de SR au circuit des MEG

Objectif 14. Assurer un système d'information en gestion logistique performant pour une disponibilité continue des produits de SR/PF

Objectif 15. Assurer l'approvisionnement adéquat des produits contraceptifs

AXE STRATEGIQUE 6. AXE STRATEGIQUE 6 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI-EVALUATION ET DU PARTENARIAT

Objectif 16. Améliorer le mécanisme de planification, de coordination et du partenariat

Objectif 17. Améliorer le système de formation et de supervision

Objectif 18. Améliorer le système de collecte et de gestion de l'information en matière de PF

Objectif 19. Développer des activités de recherche action et de documentation des bonnes pratiques

9. CHRONOGRAMME

9.1. AXE STRATEGIQUE 1 : RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE L'AUTONOMISATION DES GROUPES VULNERABLES

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
Objectif 1. Améliorer le contexte politique, programmatique en faveur de la PF	Activité1. 1. Organiser une fois par an une rencontre de plaidoyer auprès des décideurs politiques en vue d'une plus grande adhésion et appropriation du programme de PF	Nombre de décideurs politiques touchés	4 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité1. 2. Faire le plaidoyer au besoin auprès des décideurs pour une intégration et prise en compte des questions de PF dans les documents de politiques et stratégies (Plan national de santé, politique de population, Plan SR-Nutrition-Infantile, Politique jeunes, Politique genre, ...)	Niveau de prise en compte de la PF dans les principaux documents	10 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité1. 3. Organiser une fois par an une rencontre de plaidoyer et de sensibilisation auprès des leaders religieux en faveur de la PF	Nombre de leaders religieux touchés	8 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité1. 4. Elaborer un document de politique pour la PF	Document de politique pour la PF élaboré	12 000	X				Programme SR / DSS
	Activité1. 5. Réviser l'organigramme du programme en vue d'un meilleur positionnement de la PF	Organigramme révisé	500	X				Programme SR / DSS
	Activité1. 6. Pourvoir le nouvel organigramme de ressources humaines conséquentes pour la conduite des interventions.	Organigramme fonctionnel	00	X	X	X	X	Programme SR / MS
	Activité1. 7. Assouplir la réglementation en vue de la non exclusion des filles enceintes des établissements scolaires	Acte réglementaire pris	500	X				Programme SR / DSS
	Activité1. 8. Reproduire et diffuser le plan d'action PF 2018-2021 à tous les acteurs de mise en œuvre	Document du plan d'action disponible à tous les niveaux	1000	X		X		Programme SR
Objectif 2. Accroître l'implication des hommes pour l'accès et la disponibilité des services de PF	Activité2. 1. Elaborer la stratégie synthèse d'implication des hommes (Ecole des maris, Maris modèles, Mentoring des mères/pères éducateurs) pour la promotion de la PF	Document de stratégie élaboré	2 000	X				Programme SR / DSS
	Activité2. 2. Former les personnes ressources sur la stratégie synthèse d'implication des hommes pour la promotion de la PF	Nombre de personnes ressources formées	2 000		X			Programme SR
	Activité2. 3. Mettre en œuvre la stratégie synthèse d'implication des hommes pour la promotion de la PF et les droits des femmes et contre les violences faites aux femmes	Taux d'exécution de la stratégie	5 000		X	X	X	Programme SR

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
	Activité2. 4. Tenir dans chaque district une rencontre d'information des autorités administratives, sanitaires et des autres secteurs sur l'implication des hommes et les violences faites aux femmes	Nombre d'autorités touchées	1 000		X	X	X	Programme SR
	Activité2. 5. Organiser une rencontre de plaidoyer avec les leaders communautaires dans chaque localité sur l'implication des hommes et d'identification d'époux pour devenir des pairs éducateurs	Nombre de leaders communautaires touchés	500		X	X	X	Programme SR
	Activité2. 6. Former deux époux par localité (soit une dizaine par poste de santé) sur les différentes thématiques (SR, genre, droits en SR, violences contre les femmes, compétences de vie et techniques d'éducation)	Nombre d'époux formés	7 000		X	X	X	Programme SR
	Activité2. 7. Doter les époux formés de kits (Sac, méthodes contraceptives, boîtes à images, Torche, téléphone, ...) pour la sensibilisation et de matériel adéquat pour leur identification (Uniforme, bottes)	Nombre d'époux dotés de kits et matériels adéquats	1 000		X	X	X	Programme SR
	Activité2. 8. Tenir une rencontre semestrielle bilan dans chaque poste de santé	Nombre de rencontres tenues	1 000		X	X	X	Programme SR
	Activité2. 9. Développer un outil de plaidoyer par exemple l'instrument dénommé "RAPID", "DemDiv", ou "IMPACT" propre au pays	Outil de plaidoyer développé	1 000					Programme SR
	Activité2. 10. Organiser une rencontre annuelle de plaidoyer en SR/PF avec l'outil "RAPID", "DemDiv", ou "IMPACT" dans chaque district/commune avec trois leaders religieux par poste de santé	Nombre de leaders religieux touchés	7 000		X	X	X	Programme SR
	Activité2. 11. Organiser une réunion d'échange d'expériences par semestre au niveau de chaque district avec les leaders religieux	Nombre de leaders religieux ayant participé aux rencontres	7 000		X	X	X	Programme SR
	Activité2. 12. Adopter une loi SR en vue de faciliter l'accès et l'utilisation des services de PF par les femmes (même sans l'accord du mari)	Loi SR disponible	1 500		X			Programme SR

9.2. AXE STRATEGIQUE 2 : MOBILISATION DES RESSOURCES ET DU FINANCEMENT DURABLE

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
Objectif 3. Accroître de 40% le financement par les ressources (y compris l'Etat et le secteur privé national) pour la PF	Activité3. 1. Faire le plaidoyer auprès des autorités concernées pour un accroissement des fonds alloués par le budget national aux interventions de PF	Nombre d'autorités touchées	1 500	X	X	X	X	Programme SR / DSS
	Activité3. 2. Pourvoir régulièrement à la ligne budgétaire nationale pour l'achat des produits contraceptifs	Montant du budget national pour l'achat des produits contraceptifs	00	X	X	X	X	Programme SR / DAF
	Activité3. 3. Faire le plaidoyer auprès des sources potentielles (municipalités, fonds national du médicament, compagnies de téléphonie, etc) pour le financement de la PF	Montants mobilisés auprès des sources potentiels	2 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité3. 4. Elaborer et appliquer l'outil de suivi des engagements "Motion Tracker"	Outil "Motion Tracker" appliqué	2 000	X	X	X	X	Programme SR

9.3. AXE STRATEGIQUE 3 : CHANGEMENT DE COMPORTEMENT POUR L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
Objectif 4. Accroître la communication interpersonnelle en matière de PF	Activité4. 1. Développer des supports additionnels de communication (kakemono, boîtes à images, affiches) sur la PF	Supports développés	2 000	X				Programme SR
	Activité4. 2. Reproduire les supports de communication (affiches moyen et grand format, kakemono, boîtes à images) sur la PF	Supports reproduits	10 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité4. 3. Diffuser les supports de communication (affiches moyen et grand format, kakemono, boîtes à images) sur la PF	Supports disponibles à tous les niveaux	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité4. 4. Elaborer/Réviser les modules de formation des prestataires en communication pour le changement de comportement	Modules révisés disponibles	2 000	X				Programme SR
	Activité4. 5. Former les agents sur les supports de communication	Nombre d'agents formés	4 000	X	X	X		Programme SR

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
	Activité4. 6. Doter tous les PPS en boites à images PF et d'affiches de moyen et grand format.	Boites à images PF et d'affiches de moyen et grand format disponibles dans tous les PPS	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité4. 7. Développer la stratégie de communication parents-enfants pour la sensibilisation à l'intention des familles	Document de stratégie disponible	1 500		X			Programme SR
Objectif 5. Augmenter la proportion de personnes exposées, surtout les femmes aux messages sur la PF à travers les mass-médias	Activité5. 1. Créer un réseau de journalistes pour la SR/PF	Réseau de journalistes fonctionnels	1 000		X			Programme SR
	Activité5. 2. Tenir une réunion du réseau des journalistes tous les six mois	Nombre de réunions tenues	2 500		X	X	X	Programme SR
	Activité5. 3. Etablir un contrat de partenariat avec les organes audiovisuels et de presse écrite pour la production d'émissions et de micro programmes relatifs à la SR/PF	Contrat disponible	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité5. 4. Concevoir des micro programme radio en portugais sur la PF	Nombre de micro programmes conçus	5 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité5. 5. Concevoir des micro programme TV en portugais sur la PF	Nombre de micro programmes conçus	1 250	X	X	X	X	Programme SR
	Activité5. 6. Diffuser les micro programmes radio sur la PF une fois par semaine	Nombre de diffusion	1 250	X	X	X	X	Programme SR
	Activité5. 7. Diffuser les micro programmesTV sur la PF une fois par semaine	Nombre de diffusion	1 250	X	X	X	X	Programme SR
	Activité5. 8. Mettre en place un système d'écoute des messages diffusés à travers les mass média	Système d'écoute mis en place	1 250	X	X	X	X	Programme SR
	Activité5. 9. Insérer une fois par trimestre des messages de promotion de la PF dans les journaux de la place	Nombre de messages insérés	5 000	X	X	X	X	Programme SR

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
	Activité5. 10. Organiser des campagnes d'information et d'offre de services de PF lors des événements nationaux (Football, Election Miss, Fête de l'indépendance, caravanes, etc.)	Nombre de campagnes d'information et d'offre de services de PF organisés	10 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité5. 11. Utiliser les réseaux de téléphonies et l'internet (SMS, Facebook, WhatsApp, Moche, etc.) pour la diffusion des messages de promotion de la PF	Nombre de messages diffusés	1 000	X	X	X	X	Programme SR
Objectif 6. Développer et mettre en œuvre la stratégie de changement de comportement	Activité6. 1. Constituer une équipe de personnes ressources pour l'élaboration de la stratégie de changement de comportement	Equipe de personnes ressources constituée	00	X				Programme SR
	Activité6. 2. Adapter les outils de changement de comportement	Outils adaptés	1 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité6. 3. Former les membres de l'équipe à la démarche de changement de comportement	Nombre de personnes formées	1 500	X				Programme SR
	Activité6. 4. Mettre en œuvre de façon progressive la stratégie de changement de comportement dans les districts	Taux de mise en œuvre	4 000		X	X	X	Programme SR
	Activité6. 5. Evaluer la stratégie de changement de comportement	Rapports d'évaluation disponible	10 000		X		X	Programme SR
Objectif 7. Augmenter l'accès des adolescents et jeunes scolarisés à l'éducation sexuelle et reproductive complète et les services de PF dans tous les	Activité7. 1. Mettre en place dans les établissements scolaires 03 unités par an d'offre de services de santé y compris la SRAJ/PF	Nombre d'unités mises en place	7 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité7. 2. Offrir 03 fois par semaine des services de SRAJ/PF dans les établissements scolaires et les centres de formation par les prestataires	Nombre de scolaires ayant reçu les services	8 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité7. 3. Réviser en collaboration avec le Ministère en charge de l'éducation les modules de SRAJ dans les curricula de formation	Modules SRAJ dans les curricula de formation révisés	2 000	X	X			Programme SR / Ministère éducation

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
établissements scolaires et centres de formation professionnelle	Activité7. 4. Former 50 enseignants sur les nouveaux modules	Nombre d'enseignants formés	3 000	X	X			Programme SR / Ministère éducation
	Activité7. 5. Assurer le suivi post formation des enseignants dans les établissements et centres de formation	Nombre de d'enseignants formés ayant bénéficié d'un suivi	1 500		X	X	X	Programme SR / Ministère éducation
	Activité7. 6. Instituer le système d'évaluation des modules d'éducation sexuelle et reproductive à compter de la 7 ^{ème}	Cours de SRAJ évalué dès la 7 ^{ème}	00		X	X	X	Programme SR / Ministère éducation
	Activité7. 7. Former les pairs éducateurs sur les SRAJ/PF	Nombre de pairs éducateurs formés	37 000		X	X	X	Programme SR / Ministère éducation
	Activité7. 8. Mener des causeries une fois par trimestre dans les établissements et centres de formation professionnelle	Nombre de scolaires touchés	00		X	X	X	Programme SR / Ministère éducation

9.4. AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DE L'OFFRE ET DE L'ACCES AUX SERVICES PF DE QUALITE

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
Objectif 8. Accroître les capacités des centres et postes de santé pour l'offre de services de contraception de qualité surtout les méthodes de longue durée d'action	Activité8. 1. Organiser une rencontre de réflexion en vue de relancer l'utilisation des méthodes de longue durée particulièrement les implants	Rencontre de réflexion tenue	1 000	X				Programme SR
	Activité8. 2. Confectionner trois panneaux indicatifs pour chaque PPS	Panneaux confectionnés	15 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité8. 3. Doter tous les PPS de panneaux (surtout extérieur) annonçant la disponibilité des services de PF	Nombre de PPS pourvus de panneaux indicatifs	3 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité8. 4. Elaborer/Réviser les modules de formation des prestataires en technologie contraceptive	Modules élaborés/ révisés	4 000	X				Programme SR

Activité8. 5. Elaborer/Réviser les modules de formation des prestataires en counseling	Modules élaborés/ révisés	4 000	X					Programme SR
Activité8. 6. Elaborer/Réviser les modules de formation des prestataires en prévention des infections,	Modules élaborés/ révisés	3 000	X					Programme SR
Activité8. 7. Former/Recycler tous les prestataires y compris les infirmiers, en PF clinique y compris l'insertion des implants et du DIU	Nombre de prestataires formés/récyclés	32 500	X	X				Programme SR
Activité8. 8. Former les prestataires sur le la PF en post-partum immédiat	Nombre de prestataires formés	32 500	X	X				Programme SR
Activité8. 9. Former les prestataires sur les soins après avortement et avortements sécurisés	Nombre de prestataires formés	32 500	X	X				Programme SR
Activité8. 10. Former les prestataires sur la prévention et la prise en charge cas de violences basées sur le genre	Nombre de prestataires formés	32 500	X	X				Programme SR
Activité8. 11. Former/Recycler tous les prestataires y compris les infirmiers, en counseling PF	Nombre de prestataires formés/récyclés	15 500	X	X				Programme SR
Activité8. 12. Former/Recycler tous les prestataires y compris les infirmiers, en prévention des infections	Nombre de prestataires formés/récyclés	9 500	X	X				Programme SR
Activité8. 13. Acquérir les kits d'insertion et de retrait des implants et du DIU	Nombre de kits acquis	5 000	X	X	X	X		Programme SR
Activité8. 14. Doter les FS en kits d'insertion et de retrait des implants et du DIU	Nombre de PPS dotés en kits	0	X	X	X	X		Programme SR
Activité8. 15. Doter les centres et postes de santé en équipements adéquats pour la PF (Tables, boîtes de matériels médicaux techniques, installation d'eau courante, toilettes, etc.)	Nombre de PPS équipés	0	X	X	X	X		Programme SR
Activité8. 16. Intégrer l'offre de PF aux autres services existant (HIV, PTME, Accouchement, Post-natal, vaccination)	Nombre de PPS offrant des services intégrés incluant la PF	0	X	X	X	X		Programme SR
Activité8. 17. Réorganiser les services de PF afin d'assurer la confidentialité et l'intimité des patientes (1) Identifier dans chaque centre de santé un espace (salle) approprié pour la PF	Nombre de PPS réorganisés	0	X	X	X	X		Programme SR

	(2) Mettre des paravents et des rideaux dans les salles de prestation de PF							
	Activité8. 18. Mettre en place un label de qualité des services de PF	Label mis en place	4 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité8. 19. Primer chaque année les trois meilleures Formations sanitaires en matière d'offre de services de PF	Nombre de PPS primés	5 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité8. 20. Former en mentorat 15 personnes soit en moyenne deux par district	Nombre de mentors formés	17 500	X	X			Programme SR
	Activité8. 21. Organiser les sorties d'encadrement des prestataires par les mentors au niveau des sites de prestation	Nombre de prestataires encadrés	2 000		X	X	X	Programme SR
	Activité8. 22. Organiser une fois par an la semaine nationale de la PF (Offre de services PF, Sensibilisation multimédia, Plaidoyer, Supervision)	Semaine nationale PF organisée	60 000	X	X	X	X	Programme SR
Objectif 9. Accroître l'accès des adolescents et des jeunes à des services conviviaux et de qualité de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans 90% des Centres de santé et 25% des Postes de santé	Activité9. 1. Réaliser une étude des besoins des centres et postes en matière d'offre de services conviviaux de santé sexuelle et reproductive y compris la PF aux jeunes et adolescents	Rapport d'étude disponible	0	X				Programme SR
	Activité9. 2. Réorganiser les services au niveau des centres et postes de santé en vue de les permettre d'offrir les services conviviaux de santé sexuelle et reproductive y compris la PF aux jeunes et adolescents	Nombre de CS et de PS réorganisés	0	X	X	X	X	Programme SR
	Activité9. 3. Former les prestataires à l'offre des services conviviaux de santé sexuelle et reproductive y compris la PF aux jeunes et adolescents	Nombre de prestataires formés	13 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité9. 4. Doter éventuellement les centres et postes de santé en équipements adéquats (Télévisions, Affiches, Dépliants pour les jeunes, ...)	Nombre de CS & PS ayant les équipements requis	26 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité9. 5. Superviser les prestataires (intégrée à la supervision générale) la thématique de la SRAJ/PF	Nombre de prestataires supervisés	10 000	X	X	X	X	Programme SR
Objectif 10. Accroître l'accès aux services de PF de qualité à travers la mise en place de deux cliniques mobiles et la distribution à base communautaire en	Activité10. 1. Doter le programme de deux véhicules pour les cliniques mobiles	Nombre de cliniques mobiles opérationnelles	100 000	X	X			Programme SR
	Activité10. 2. Réaliser une fois par trimestre dans chaque district l'offre de services de PF en stratégie mobile	Nombre de sorties réalisées	17 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité10. 3. Développer les services à base communautaire à travers la distribution par les agents de santé communautaires	Nombre d'agents de santé	10 000	X	X	X	X	Programme SR

raison de deux agents de santé communautaire par localité		communautaires opérationnels						
Objectif 11. Développer le partenariat avec le secteur privé, les organisations de la société civile et les ONG pour l'accroissement de l'offre et l'utilisation des services de PF	Activité11. 1. Répertorier tous les acteurs du secteur privé, des organisations de la société civile et des ONG intervenant dans le domaine de la PF	Nombre d'acteurs répertoriés	0	X	X			Programme SR
	Activité11. 2. Etablir une convention avec ses acteurs partenaires	Nombre de conventions signées	500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité11. 3. Doter en produits et équipements appropriés les structures privées concernés	Nombre de structures dotés	180 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité11. 4. Suivre la mise en œuvre de la convention	Nombre de rencontres de suivi effectuées	0	X	X	X	X	Programme SR
	Activité11. 5. Intégrer les structures confessionnelles et des ONG dans le système de santé et en particulier dans l'offre des services de PF et la collecte des données	Nombre de structures confessionnelles et d'ONG intégrés	0	X	X	X	X	Programme SR
Objectif 12. Accroître la confidentialité et l'intimité des utilisatrices des services de PF dans tous les points de prestations de services (PPS)	Activité12. 1. Former les prestataires sur la qualité de l'accueil et la confidentialité de l'offre de service de PF	Nombre de prestataires formés	0	X	X			Programme SR
	Activité12. 2. Recycler les prestataires sur l'éthique et la déontologie	Nombre de prestataires recyclés	10 500	X	X			Programme SR
	Activité12. 3. Organiser régulièrement des sorties de contrôle et de vérification de l'application de l'éthique et de la déontologie par les prestataires	Nombre de prestataires touchés	500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité12. 4. Mettre en place un système de recueil de suggestion et de plaintes des bénéficiaires des services de PF	Nombre de PPS couverts par le système	500	X	X	X	X	Programme SR

9.5. AXE STRATEGIQUE 5 : SECURISATION DES PRODUITS

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
Objectif 13. Assurer une intégration de la chaîne de distribution des produits de SR au circuit des MEG	Activité13. 1. Intégrer au niveau district la gestion des produits SR/PF au circuit des MEG	Nombre de districts où la gestion des produits SR/PF est intégrée au circuit des MEG	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité13. 2. Soutenir la transformation du statut du Fonds national du médicament en centrale d'achat	Transformation du FNM en Centrale d'achat avec nouveau statut	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité13. 3. Soutenir la Centrale d'achat (ainsi créée) pour accroître sa capacité de stockage et de distribution	Capacité de la centrale d'achat accrue	50 000	X	X	X	X	Programme SR
Objectif 14. Assurer un système d'information en gestion logistique performant pour une disponibilité continue des produits de SR/PF	Activité14. 1. Elaborer un guide de gestion logistique	Guide de gestion logistique disponible	2 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité14. 2. Réviser le manuel de formation en gestion logistique sur la base du nouveau guide élaboré	Manuel de formation en gestion logistique révisé	3 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité14. 3. Former/recycler les acteurs de tous les niveaux en gestion de la chaîne logistique nationale sur la base du manuel révisé	Nombre d'acteurs formés/recyclés	3 000	X	X			Programme SR
	Activité14. 4. Informatiser le traitement des données logistiques et de PF	Logiciel de gestion des données logistiques et de PF fonctionnel	10 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité14. 5. Recycler les gestionnaires de stocks du niveau central et district sur le CHANNEL	Gestionnaires recyclés	4 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité14. 6. Analyser systématiquement les rapports de gestion logistiques des produits SR/PF	Nombre de rapports de gestion logistiques analysés	0	X	X	X	X	Programme SR
	Activité14. 7. Elaborer trimestriellement une retro-information écrite aux districts sur le système de rapportage des données logistiques, y compris des recommandations pour résoudre les problèmes de stock identifiés.	Nombre de rapports de retro-information logistique produits et envoyés aux districts	1 000	X	X	X	X	Programme SR
Objectif 15. Assurer l'approvisionnement	Activité15. 1. Constituer une équipe technique de quantification et de suivi des plans d'approvisionnement	Equipe technique de quantification fonctionnelle	0	X	X	X	X	Programme SR

adéquat des produits contraceptifs	Activité15. 2. Former les membres de l'équipe en logistique générale et quantification	Nombre de membres de l'équipe technique de quantification formés	3 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité15. 3. Effectuer une quantification annuelle avec révision semestrielle y compris le plan d'approvisionnement basée sur toutes les données du niveau national en prenant notamment en compte les besoins de l'ASPF/IPPF.	Résultats de quantification disponibles	14 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité15. 4. Acquérir les produits de SR/PF selon les besoins et le plan d'approvisionnement	Quantités de produits SR/PF acquis	500 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité15. 5. Approvisionner régulièrement les centres et postes de santé en produits SR/PF	Quantités de produits envoyées aux centres et postes de santé	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité15. 6. Suivre le plan d'approvisionnement	Plans d'approvisionnement à jour	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité15. 7. Mettre les directives d'entreposage à la disposition des entrepôts à tous les niveaux	Nombres d'entrepôts dans lesquels les directives d'entreposage sont affichées	2 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité15. 8. Tenir trimestriellement les rencontres du comité de pilotage pour la SPSR	Nombre de rencontres du comité tenues	6 000	X	X	X	X	Programme SR

9.6. AXE STRATEGIQUE 6 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI-EVALUATION ET DU PARTENARIAT

OBJECTIFS	ACTIVITES	INDICATEURS	BUDGET (USD)	PERIODE				RESPONSABLE
				AN1	AN2	AN3	AN4	
Objectif 16. Améliorer le mécanisme de planification, de coordination et du partenariat	Activité16. 1. Organiser les réunions semestrielles du comité de coordination du programme de SR/PF	Nombre de réunions de coordination tenues	2 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité16. 2. Elaborer annuellement un plan consolidé budgétisé de toutes les parties prenantes à la sécurisation des produits et à la PF	Plans consolidés annuels disponibles	3 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité16. 3. Elaborer et mettre en œuvre un plan de suivi du plan PF (intégré au plan SR)	Taux d'exécution du plan de suivi	1 000	X	X	X	X	Programme SR

	Activité16. 4. Elaborer régulièrement les rapports statutaires techniques et financiers du plan consolidé de la PF	Nombre de rapports disponibles	2 000	X	X	X	X	Programme SR
Objectif 17. Améliorer le système de formation et de supervision	Activité17. 1. Elaborer un plan de formation des prestataires (Identifier les besoins de formation, élaborer le plan de formation et suivre le plan)	Plan de formation disponible	1 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité17. 2. Mettre en place une plateforme « web » de suivi des prestataires formés	Plateforme web fonctionnel	3 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité17. 3. Elaborer les outils de supervision	Outils de supervision disponibles	1 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité17. 4. Former en supervision formative un noyau de superviseurs SR/PF	Nombre de superviseurs formés	3 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité17. 5. Réaliser une supervision par trimestre les prestataires	Nombre de prestataires supervisés	5 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité17. 6. Former les acteurs au monitoring et à une exploitation des données au niveau PPS	Nombre d'acteurs formés	4 300	X	X			Programme SR
	Activité17. 7. Réaliser régulièrement le monitoring sur la PF	Nombre de monitorings réalisés	5 000					
Objectif 18. Améliorer le système de collecte et de gestion de l'information en matière de PF	Activité18. 1. Elaborer un rapport de retro-information par trimestre sur la PF (courbes graphiques, ..., description des goulots d'étranglement et propositions de solutions en cas de besoin)	Nombre de rapports de retro information diffusés	1 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité18. 2. Mettre en place un système permettant de suivre l'utilisation effective, la continuité et les niveaux d'abandon (échéanciers, eSMS, ...)	Nombre de PPS où le système fonctionnel	15 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité18. 3. Organiser des sorties de suivi du plan une fois par semestre avec toutes les parties prenantes	Nombre de sorties réalisées	9 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité18. 4. Elaborer une fois par semestre les rapports de suivi du plan PF (basé sur les indicateurs et les cibles pour l'appréciation des progrès, en vue d'identifier les goulots d'étranglement)	Rapports de progrès semestriels disponibles	1 000	X	X	X	X	Programme SR

	Activité18. 5. Réaliser l'inventaire une fois par an des équipements et matériels medicotechniques	Nombre d'inventaire réalisé	10 000	X	X	X	X	Programme SR
Objectif 19. Développer des activités de recherche action et de documentation des bonnes pratiques	Activité19. 1. Identifier des thèmes de recherche en matière de PF	Nombre de thèmes de recherche identifiés	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité19. 2. Réaliser les recherches actions en PF selon les thèmes et les besoins (par exemple: les grossesses non désirées en milieu scolaire, les nombreux retraits des implants, les études comportementales, les études socio-culturelles, ...)	Nombre de rapports de recherche disponibles	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité19. 3. Faire une étude approfondie du phénomène des grossesses précoces chez les adolescentes	Rapport d'étude disponible	15 000	X				Programme SR
	Activité19. 4. Diffuser les résultats de recherche action	Nombre de rapports de recherche diffusés	00	X	X	X	X	Programme SR
	Activité19. 5. Documenter systématiquement les bonnes pratiques en vue de leur diffusion ou répliation	Nombre de bonnes pratiques documentés	1 500	X	X	X	X	Programme SR
	Activité19. 6. Elaborer systématiquement le plan annuel PF	Plans annuels PF disponibles	2 000	X	X	X	X	Programme SR
	Activité19. 7. Elaborer le plan de suivi-évaluation du plan PF (Indicateurs et définition, cibles, sources, méthodes et rythme de collecte, ressources pour la collecte)	Plan de suivi évaluation disponible	2 000	X				Programme SR

10. BUDGET PREVISIONNEL DU PLAN D'ACTION

Le coût total du Plan PF 2018-2021 est de 1 538 300 USD soient 33 842 600 000 DOBRA. Ce montant se répartit selon les axes du plan tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4: Répartition du budget prévisionnel du plan d'action par axe stratégique

AXES STRATEGIQUES	COUT EN USD	COUT EN DOBRA*
AXE 1. Renforcement de la gouvernance et de l'autonomisation des groupes vulnérables	72 500	1 595 000 000
AXE 2. Mobilisation des ressources et du financement durable	6 000	132 000 000
AXE 3. Changement de comportement pour l'augmentation de la demande	125 000	2 750 000 000
AXE 4. Renforcement de l'offre et de l'accès aux services pf de qualité	646 500	14 223 000 000
AXE 5. Sécurisation des produits	599 500	13 189 000 000
AXE 6. Renforcement de la coordination, du suivi-évaluation et du partenariat	88 800	1 953 600 000
TOTAL PLAN D'ACTION	1 538 300	33 842 600 000

**1 USD = 22 000 DOBRA*

11. COORDINATION, SUIVI-EVALUATION ET PARTENARIAT

La mise en œuvre, la coordination et le suivi du plan d'action PF 2018-2021 se feront selon les mécanismes existants en vue d'apprécier systématiquement le niveau d'atteinte des objectifs et de procéder aux réajustements nécessaires.

11.1. MECANISME DE COORDINATION ET DE PARTENARIAT

Les organes de coordination et de suivi sont :

- La Direction des soins de santé à travers le Programme de SR du Ministère de la Santé est la structure chargée de la coordination en collaboration avec les autres acteurs gouvernementaux (Ministère de l'éducation, Fonds national du médicament, Institut du genre, Institut de la jeunesse).
- Le comité de pilotage, structure technique est chargée d'organiser les rencontres de coordination, de donner les orientations et de mobiliser les ressources pour la mise en œuvre du plan.
- Le niveau opérationnel (Districts) chargé de la réalisation quotidienne des activités.
- Les partenaires techniques et financiers, les ONG et Associations en l'occurrence l'UNFPA, l'OMS, l'ASPF, ARCOS, MARAP, ... seront chargés d'accompagner techniquement et financièrement le ministère de la santé dans l'implémentation de ce plan

La coordination et le suivi se feront aux différents niveaux du système de santé: semestrielle pour le niveau central, trimestrielle pour les districts.

Cette stratégie repose sur deux niveaux :

- Le niveau central supervisera l'hôpital de Agua Grande et les districts
- Le niveau opérationnel (district) supervisera les centres et postes de santé. En plus, les postes de santé assureront la supervision des maris pairs éducateurs et des agents de santé communautaires

11.2. MECANISME DE SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE

11.2.1. Suivi

Le suivi sera assuré par les différents organes et à tous les niveaux du système de santé sur la base des indicateurs définis dans le plan d'action, à travers :

- Les plans d'action annuels PF consolidés (prenant en compte les interventions des autres partenaires de la PF) du niveau central et des districts sanitaires;
- Les supervisions des centres et postes de santé publics et privés ;
- Les réunions trimestrielles du comité de pilotage du plan PF.

Trois mécanismes seront développés pour le suivi en l'occurrence les sorties conjointes de supervision et de suivi, les revues conjointes et les rencontres du comité de pilotage

Le suivi sera assurée à l'aide d'outils qui sont les fiches de collecte de données pour les sorties et les revues conjointes, les rapports trimestriels du comité de pilotage et les rapports annuels de mise en œuvre du plan consolidant les résultats obtenus par les structures opérationnelles.

11.2.2. Evaluation

L'évaluation du Plan d'action PF se fera à travers des évaluations internes annuelles, une évaluation à mi-parcours en 2019 et une évaluation finale en 2021.

Les rapports produits périodiquement par les différents intervenants (rapports d'activités, de supervision...), les données produites par le système national d'information sanitaire et les enquêtes dont les EDS serviront à l'évaluation du plan.

11.2.3. Recherche

Des recherches actions seront réalisées pour améliorer la prise de décision dans le cadre de la mise en œuvre du plan. Les thèmes de recherche seront identifiés notamment en matière d'implication des hommes, de grossesses non désirées en milieu scolaire et de continuité de l'utilisation des méthodes PF particulièrement celles à longue durée d'action.

11.3. CADRE DES OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

Les indicateurs sont définis par rapport aux aspects qualitatifs et quantitatifs du programme et sont mesurés de façon périodique pour en évaluer la performance.

Le plan de suivi évaluation devrait intégrer la définition d'indicateurs de processus, de résultats et d'impact en rapport avec ledit plan.

Tableau 5: Indicateurs d'effets et d'impact

OBJECTIFS	INDICATEURS	BASELINE	CIBLE ANNUELLE				SOURCE DE VERIFICATION
			AN1	AN2	AN3	AN4	
Augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 37,4% en 2018 à 50% en 2021 en vue de la réalisation de la transition démographique, du développement durable et de l'état de bien-être des populations de Sao Tomé et Principe.	Taux de prévalence contraceptive moderne	37,4% MICS 2014	42,2%	44,8%	47,4%	50%	EDS ou MICS
	Taux de prévalence par méthodes contraceptives modernes :						EDS ou MICS
	- Implants	2,5%	10%	12,5	15%	20%	
	- DIU	2,1%	7%	9%	11%	13%	
	- Ligature des trompes	0,1%	1%	2%	3%	4%	
		MICS 2014					
	Nombre de nouvelles utilisatrices	ND	1 717	1 790	1 866	1 945	EDS ou MICS
Demande contraceptive satisfaite par des méthodes modernes	51%	55%	62%	70%	75%	EDS ou MICS	
Taux d'utilisation de la PF dans le groupe spécifiques des adolescentes et des jeunes						EDS ou MICS	
- 15-19 ans	27,6%	30,6%	33,2%	35,7%	38,2%		
- 20-24 ans	40,9%	43,9%	46,5%	49%	51,5%		
Taux de réduction des grossesses non désirées chez les 10-24 ans en milieu scolaire			20%	50%	75%	85%	Rapports de suivi du Programme SR

Tableau 6: Distribution des clientes de PF par an et par district

District	Clientes 2018	Clientes 2019	Clientes 2020	Clientes 2021
Agua Grande	6 635	7 081	7 544	8 026
Me-zochi	4 354	4 646	4 950	5 266
Lobata	2 664	2 974	3 298	3 635
Cantagalo	2 150	2 428	2 718	3 021
Lemba	1963	2 191	2 430	2 678
Caue	807	911	1 020	1 133
Pague	1 343	1 475	1 613	1 756
Total	19 916	21 706	23 573	25 517

Source : Projections à partir du MICS 2014 et EDS 2009 par l'équipe des planificateurs

Tableau 7: Distribution du nombre de nouvelles utilisatrices de PF par an et par districts

District	Nouvelles Utilisatrices 2018	Nouvelles Utilisatrices 2019	Nouvelles Utilisatrices 2020	Nouvelles Utilisatrices 2021
Agua Grande	428	446	463	482
Me-zochi	281	292	304	316
Lobata	297	310	324	338
Cantagalo	266	278	290	303
Lemba	219	228	238	249
Caue	100	104	109	114
Pague	127	132	138	144
Total	1 717	1 790	1 866	1 945

Source : Projections à partir du MICS 2014 et EDS 2009 par l'équipe des planificateurs

11.4. CADRE DES OBJECTIFS SPECIFIQUES ET DES INDICATEURS AVEC CIBLES ANNUELS

OBJECTIFS	INDICATEURS	BASELINE	CIBLE ANNUELLE				SOURCE DE VERIFICATION	ACTIVITE / RESPONSABLE
			AN1	AN2	AN3	AN4		
Objectif 1. Améliorer le contexte politique et programmatique en faveur de la PF	1.1. Loi sur la SR/PF adoptée	Zéro		Oui			Assemblée nationale	Ministère de la santé (projet de loi soumis par le groupe de travail)
	1.2. Score d'efforts en matière de PF (Indexe composite annuel) national FP2020 (Cible :+20% l'an)	ND	+20%	+20%	+20%	+20%	Rapport FP2020 du Programme SR	Programme SR (Enquête)
Objectif 2. Accroître l'implication des hommes pour l'accès et la disponibilité des services de PF	2.1. Taux de couverture en maris pairs éducateurs (deux maris pairs éducateurs par localité)	Zéro	30%	50%	70%	85%	Rapport Programme SR	Programme SR (Suivi routinier des activités)

OBJECTIFS	INDICATEURS	BASELINE	CIBLE ANNUELLE				SOURCE DE VERIFICATION	ACTIVITE / RESPONSABLE
			AN1	AN2	AN3	AN4		
Objectif 3. Accroître de 40% le financement par les ressources (y compris l'Etat et le secteur privé national) pour la PF	3.1.Taux d'accroissement annuel des fonds alloués par le budget national pour la PF	23% (Source NIDI UNFPA)	25%	28%	30%	35%	Budget national	Programme SR (Rapport Motion Tracker)
	3.2.Taux d'utilisation annuel des fonds alloués par le budget national	A déterminer	75%	80%	85%	90%	Budget national	Programme SR (Rapport Motion Tracker)
	3.3.Proportion du financement du plan PF par les partenaires	77%	75%	70%	65%	60%	Rapport du programme SR	Programme SR (Rapport Motion Tracker)
Objectif 4. Accroître la communication interpersonnelle en matière de PF	4.1.Niveau de connaissances des méthodes contraceptives par les femmes	Implants: 8,6%; DIU : 65.7%) Ligature des trompes: 33,2%; Vasectomie:1 8,7% (Source MICS 2014)	50%	75%	95%	95%	EDS ou MICS	INE (Enquête)
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Implants ◦ DIU ◦ Ligature des trompes ◦ Vasectomie 		50%	75%	95%	95%		
	4.2.Indice d'information sur les méthodes contraceptives (PMAFP2020) Indice conçu à partir de trois questions	ND	+20%	+20%	+20%	+20%	PMA FP2020 EDS	Programme SR (Enquête)
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Avez-vous reçu des informations sur d'autres méthodes ? ◦ Avez-vous reçu des informations les effets secondaires ? ◦ Vous a-t-on dit ce qu'il faut faire en cas d'effet secondaires ? 							
4.3.Proportion de points de prestation de services PF disposant de boîtes à images (choix d'un indicateur traceur)	34,21% (Source : Rapport Evaluation)	100%	100%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Inventaire)	

OBJECTIFS	INDICATEURS	BASELINE	CIBLE ANNUELLE				SOURCE DE VERIFICATION	ACTIVITE / RESPONSABLE
			AN1	AN2	AN3	AN4		
Objectif 5. Augmenter la proportion de personnes exposées, surtout les femmes aux messages sur la PF à travers les mass-médias	5.1.Proportion des femmes exposées aux messages sur la PF à travers les mass-médias	Radio: 77%	80%	83%	87%	90%	EDS ou MICS	INE (Enquête)
		TV : 85,3 (Source MICS 2014)	87%	90%	93%	95%		
Objectif 6. Développer et mettre en œuvre la stratégie de changement de comportement	6.1.Proportion de personnes touchées par la stratégie de changement de comportement dans les zones d'intervention	Zéro	20%	30%	40%	50%	Rapports Programme SR	Programme SR (Sondage)
Objectif 7. Augmenter l'accès des adolescents et jeunes scolarisés à l'éducation sexuelle et reproductive complète et les services de PF dans tous les établissements scolaires et centres de formation professionnelle	7.1.Proportion d'enseignants/éducateurs formés sur les modules révisés	Non Déterminé	20%	50%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	7.2.Taux de couverture des établissements en pairs éducateurs SRAJ/PF (Deux pairs éducateurs par classe, nombre de classe répondant aux normes sur total des classes)	Zéro	20%	50%	75%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	7.3.Proportion d'adolescents et jeunes touchés par les services d'éducation sexuelle et reproductive	A déterminer	20%	50%	75%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	7.4.Niveau de connaissance des adolescents et jeunes sur la santé sexuelle et reproductive	A déterminer	+10%	+20%	+50%	80%	Rapport d'enquête	Programme SR (Enquête)
Objectif 8. Accroître les capacités des centres et postes de santé pour l'offre de services de contraception de qualité surtout les méthodes de longue durée d'action	8.1.Proportion des PPS offrant les implants	42% (Source : Rapport Evaluation)	50%	75%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	8.2.Proportion des PPS offrant le DIU	34% (Source : Rapport Evaluation)	38%	42%	44%	50%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	8.3.Couple année protection (CAP) par méthode	11 779 (Source :	13545	15577	17914	20601	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)

OBJECTIFS	INDICATEURS	BASELINE	CIBLE ANNUELLE				SOURCE DE VERIFICATION	ACTIVITE / RESPONSABLE
			AN1	AN2	AN3	AN4		
		Rapports Programme SR)						
	8.4.Proportion de prestataires mentionnant l'implant lors du counseling	28% (Source : Rapport Evaluation)	35%	50%	75%	95%	Rapport d'enquête	Programme SR (Enquête)
	8.5.Proportion de prestataires mentionnant la ligature des trompes lors du counseling	7% (Source : Rapport Evaluation)	25%	50%	75%	95%	Rapport d'enquête	Programme SR (Enquête)
Objectif 9. Accroître l'accès des adolescents et des jeunes à des services conviviaux et de qualité de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans 90% des Centres de santé et 25% des Postes de santé	9.1.Proportion des PPS offrant des services conviviaux de qualité aux adolescents et jeunes	CS : ND PS : ND	25% 5%	50% 10%	75% 20%	90% 25%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
Objectif 10. Accroître l'accès aux services de PF de qualité à travers la mise en place de deux cliniques mobiles et la distribution à base communautaire en raison de deux agents de santé communautaire par localité	10.1.Nombre de cliniques mobiles fonctionnelles	Zéro	1	2	2	2	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	10.2.Proportion de clientes servies par les cliniques mobiles et en particulier pour :						Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	- Implants	Zéro	10%	15%	20%	20%		
	- DIU	Zéro	10%	15%	20%	20%		
	- Ligature de trompes	Zéro	10%	15%	20%	20%		
	- Soins complets d'avortement	Zéro	10%	15%	20%	20%		
	10.3.Proportion de localités couvertes par les agents de santé communautaires	Zéro	20%	35%	50%	65%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
Objectif 11. Développer le partenariat avec le secteur privé, les organisations de la	11.1.Nombre de partenaires du programme PF offrant les services	1 (ASPF)	3	5	6	6	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)

OBJECTIFS	INDICATEURS	BASELINE	CIBLE ANNUELLE				SOURCE DE VERIFICATION	ACTIVITE / RESPONSABLE
			AN1	AN2	AN3	AN4		
société civile et les ONG pour l'accroissement de l'offre et l'utilisation des services de PF	11.2.Proportion de clientes PF servies par les structures des différents partenaires	Non déterminé	3%	5%	8%	10%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
Objectif 12. Accroître la confidentialité et l'intimité des utilisatrices des services de PF dans tous les points de prestations de services (PPS)	12.1.Proportion des PPS répondant aux normes minimales définies en matière d'intimité et de confidentialité	Non déterminé	35%	50%	75%	85%	Rapport d'enquête	Programme SR (Enquête)
Objectif 13. Assurer une intégration de la chaîne de distribution des produits de SR au circuit des MEG	13.1.Distribution des produits SR/PF intégrée au circuit national de distribution des médicaments essentiels génériques (MEG)					Oui	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
Objectif 14. Assurer un système d'information en gestion logistique performant pour une disponibilité continue des produits de SR/PF	14.1.Taux de rupture par produit et par niveau de la chaîne d'approvisionnement	ND	10%	7%	5%	2%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports logistiques)
	14.2.Proportion des PPS n'ayant pas connu de rupture d'au moins cinq (05) produits contraceptifs	ND	85%	90%	95%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports logistiques)
	14.3.Taux de complétude des rapports logistiques	ND	100%	100%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports logistiques)
	14.4.Taux de promptitude des rapports logistiques	ND	100%	100%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports logistiques)
	14.5.Proportion de rapports de retro information disponibles (Cible : un rapport par trimestre)	ND	100%	100%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports logistiques)
Objectif 15. Assurer l'approvisionnement adéquat des produits contraceptifs	15.1.Proportion des sessions de quantification réalisées (Cible : deux par an)	ND	100%	100%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
Objectif 16. Améliorer le mécanisme de planification, de coordination et du partenariat	16.1.Existence d'un comité de pilotage fonctionnel		Oui	Oui	Oui	Oui	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
Objectif 17. Améliorer le système de formation et de supervision	17.1.Existence d'un mécanisme d'évaluation des compétences fonctionnel (théorique en ligne et pratique sur site)	Zéro		Oui	Oui	Oui	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)

OBJECTIFS	INDICATEURS	BASELINE	CIBLE ANNUELLE				SOURCE DE VERIFICATION	ACTIVITE / RESPONSABLE
			AN1	AN2	AN3	AN4		
	17.2.Existence d'un système de supervision fonctionnel							
Objectif 18. Améliorer le système de collecte et de gestion de l'information en matière de PF	18.1.Taux de complétude des rapports PF	ND	100%	100%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	18.2.Taux de promptitude des rapports PF	ND	100%	100%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
	18.3.Proportion des rapports de retro-information diffusés (Cible : un rapport par trimestre)	ND	100%	100%	100%	100%	Rapports Programme SR	Programme SR (Rapports d'activités)
Objectif 19. Développer des activités de recherche action et de documentation des bonnes pratiques	19.1.Nombre de recherches actions réalisées	ND	2	2	2	2	Rapports d'étude	Programme SR (Etudes)
	19.2.Nombre de bonnes pratiques documentées	ND	2	2	2	2	Rapports de documentation	Programme SR (Documentation)

12. CONTRAINTES, HYPOTHESES ET RISQUES

La mise en œuvre du Plan d'action 2018-2021 de la PF exige un environnement sociopolitique stable et favorable à la mise en œuvre des interventions du plan. Pour mieux répondre aux attentes du gouvernement et de tous les partenaires, ce plan s'inscrit dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Cependant, sa mise en œuvre pourrait être entravée, voire compromise, par l'une ou l'autre des contraintes évoquées ci-dessous.

- Au niveau de l'engagement politique, le plan doit bénéficier d'un engagement politique fort clairement affiché concernant notamment le financement par l'État de l'achat des produits de SR, les réformes institutionnelles nécessaires au niveau du programme et la prise de mesures législatives et réglementaires pour assouplir les inégalités de genre. Par ailleurs, l'implication plus accrue des hommes en faveur de la PF est un facteur important en la matière.
- Au niveau de l'engagement des acteurs, les acteurs sollicités pour la mise en œuvre et le financement du plan doivent faire preuve d'un engagement sans faille. Ce qui suppose une appropriation, par tous, du plan d'action.
- Au niveau de la collaboration entre les acteurs, la collaboration intra et intersectorielle est un des facteurs essentiels de la réussite des objectifs du plan. Toute défaillance à ce niveau pourrait conduire à une paralysie dans la mise en œuvre des activités programmées. C'est pourquoi, le comité de pilotage est nécessaire pour éviter tout blocage. Cette collaboration sous-entend la complémentarité des actions et des ressources. Les secteurs public, privé et communautaire ainsi que les décideurs politiques doivent agir en synergie pour le couronnement des actions.
- Au niveau du personnel, l'insuffisance d'un personnel compétent et l'importante charge de travail peuvent entraver la mise en œuvre des activités programmées. Dans cette optique, un vaste programme de formation du personnel est envisagé dans le plan et un renforcement des structures sont préconisées. La motivation est un facteur important pour la performance du personnel et l'atteinte des objectifs du plan, d'où l'intérêt l'informatisation du système de suivi des formations et l'institutionnalisation de labélisation et de primes.
- Au niveau l'accès et de l'offre des services de qualité, les structures doivent être dotées en matériels et en équipements adaptés pour les prestations, la supervision et le rapportage. La non disponibilité de ces moyens pourrait être un handicap à tout effort de rapprochement des services de qualité aux populations périphériques.
- Au niveau des moyens financiers, la mise en œuvre du plan exige des moyens financiers importants. L'engagement de l'Etat est primordial pour la pérennité du plan. L'augmentation progressive de sa contribution est un indicateur de volonté politique. En plus, l'accompagnement des partenaires reste indispensable pour l'atteinte des objectifs fixés dans le plan.