

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE  
SÃO TOMÈ ET PRÌNCIPE



MINISTÈRE DE LA SANTE **ET DES AFFAIRES SOCIALES**

-----  
DIRECTION DES SOINS DE SANTE

-----  
PROGRAMME DE SANTE DE LA REPRODUCTION

---

# PLAN NATIONAL DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

2012-2016

# TABLE DES MATIÈRES

Préface	2
Table des matières	3
Liste des sigles et abréviations	4
Liste des tableaux et graphiques	5
Résumé exécutif	6
Introduction	7
A. Contexte et justifications	7
B. Méthodologie d'élaboration du plan national SR	12
1. Analyse de la situation des composantes de la SR à Sao Tomé et Principe	13
1.1 Santé de la femme	13
1.2 Santé des adolescents et jeunes	15
1.3 Santé des enfants	17
1.4 Santé de la Reproduction des hommes	19
1.5 Violences basées sur le genre	19
1.6 IST/VIH/SIDA	20
2. Plan national SR 2012-2016	
2.1 Objectif 1 : Améliorer les stratégies, la planification et la gestion de la SR (leadership et gouvernance)	21
2.2 Objectif 2 : Améliorer la demande, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de SSR pour les femmes, les hommes, les adolescents, jeunes et enfants	22
2.3 Objectif 3 : Améliorer la qualité et la quantité des ressources humaines pour la SR	25
2.4 Objectif 4 : Rendre disponible des médicaments et produits de SR de qualité	26
2.5 Objectif 5 : Assurer un financement adéquat de la SR	26
2.6 Objectif 6 : Renforcer le suivi et l'évaluation des stratégies de SR	27
3. Plan opérationnel	28
Annexes : Annexe 1 : Bibliographie	40
Annexe 2 : Liste des participants aux ateliers d'élaboration et de présentation du plan	42

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CAP	Connaissances attitudes et Pratiques
CPN	Consultation Prénatale
IST/VIH/SIDA	Infections sexuellement Transmissibles/Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
MMR	Maternité à Moindre Risque
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
SAJ	Santé des Adolescents et Jeunes
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SPSR	Sécurisation des produits de Santé de la Reproduction
SR	Santé de la Reproduction
PNLS	Programme National de Lutte contre de Sida
PSR	Programme SR
PTME	Prévention de la Transmission mère enfant du VIH
VBG	Violences basées sur le Genre

## LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Graphique 1 :	Répartition des unités de santé par district	Page 9
Tableau 1 :	Indicateurs de résultats du plan SR 2012-2016	Page 20
Tableau 2 :	Indicateurs de résultats pour la demande, l'offre et la qualité des services de SR	Page 21
Tableau 3 :	Indicateurs de résultats pour les ressources humaines	Page 22
Tableau 4 :	Indicateurs de résultats pour le financement	Page 23

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Dans le souci d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile afin d'atteindre les OMD 4 et 5, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales l'Action Sociale de la République Démocratique de Sao Tomé et Príncipe, à travers le Programme Santé de la Reproduction (SR) de la Direction des Soins de Santé a voulu se doter d'un plan national quinquennal de SR afin d'opérationnaliser la politique et mettre à jour les stratégies et activités. De plus, il est impératif d'intégrer les différentes composantes de la SR dans le pays, qui sont la santé sexuelle et reproductive de la femme, des adolescents et des jeunes, des hommes, mais aussi la santé des enfants.

Le Programme souhaite ainsi à travers ce plan, disposer d'un tableau de bord pour le suivi de toutes les interventions dans le domaine de la SR au niveau du pays, à savoir les interventions liées à la Maternité à moindre risque, la planification familiale, la sécurisation des produits de SR, la santé des adolescents et jeunes, la lutte contre les IST/VIH/SIDA, la santé de la reproduction des hommes, la lutte contre les violences basées sur le genre, ainsi que la santé des enfants y compris le développement, la croissance et la récupération nutritionnelle, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant et la vaccination.

Le processus utilisé pour élaborer le présent plan a consisté en un exercice participatif d'analyse de la situation de la santé de la reproduction, puis de planification en prenant en compte d'une part les stratégies sectorielles définies, mais aussi les composantes du système de santé que sont la gouvernance incluant les politiques et procédures, la planification, la coordination et la gestion, les prestations de services incluant l'offre et la demande de services de SR, le financement, les ressources humaines, les médicaments et produits et le suivi évaluation.

Le plan 2012-2016 budgétisé a un double objectif de planification avec des objectifs ciblés bien identifiés, mais aussi de mobilisation des ressources.

# INTRODUCTION

## A. Contexte et justifications

Située dans le Golfe de Guinée, à 350 km de la côte africaine, la République de Sao Tomé et Príncipe est un archipel composée de l'île de Sao Tomé et l'île de Príncipe distantes de 150 km environ l'une de l'autre et de quelques îlots. D'origine volcanique, ces îles couvrent une superficie totale d'environ 1000 km<sup>2</sup>, et présentent un relief irrégulier caractérisé par de nombreuses formations montagneuses. Le pays est divisé administrativement en 6 districts et une région autonome. En termes de développement humain, Sao Tomé occupe la 127<sup>ème</sup> place sur 169 pays selon le dernier rapport sur le Développement humain de 2010. Cet indicateur classe le pays à la limite des pays à développement humain moyen. Au niveau macro économique, le pays a relativement bien supporté les effets de la crise économique du fait de la bonne progression dans les domaines qui étaient globalement considérés comme durable avant le début de la crise économique (maîtrise de la dépense publique et lutte contre l'inflation) (1).

Selon les projections issues du recensement de 2001, avec un taux d'accroissement annuel de 2,38% (2) et un indice synthétique de fécondité de 4,9 enfants par femme (3), la population totale actuelle est estimée à 166 728 habitants en 2011 (2) dont 51% est féminine, et comprend 40% de jeunes de moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer et les grossesses attendues représentent respectivement 22% et 30% de la population, soit 36 680 femmes en âge de procréer et 5002 grossesses annuelles.

Concernant les Objectifs du Millénaire pour le Développement, on peut dire que celui relatif à la santé infantile est en bonne voie d'être atteint, ainsi que l'éducation primaire universelle et la lutte contre le VIH et le paludisme (4).

En effet, selon l'EDS 2009 (3) les taux de mortalité infantile et infanto juvénile ont connu une baisse régulière durant les 15 années précédant l'enquête, passant respectivement de 67 à 38 ‰, et de 102 à 63‰. Ceci pourrait être attribué en partie aux résultats de la vaccination dont la couverture pour les principaux antigènes (BCG, DTCP3 et VOP3) a connu une augmentation à plus de 80% à partir de l'année 2000 (19).

Ainsi selon l'EDS 2009, 77% des enfants de 12-23 mois étaient complètement vaccinés. Cependant dans le domaine de la nutrition, et du développement des enfants, 29% des moins de 5

ans ont un retard de croissance modéré à sévère et 61% ont une anémie légère à modérée; le taux d'allaitement maternel exclusif n'est que de 51% (3).

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimée à 1,2% (14).

Pour ce qui concerne la santé maternelle, le taux de mortalité maternelle est de 158 pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1999-2008 selon la première enquête démographique et de santé de 2009 (3). Même si l'objectif de réduction des  $\frac{3}{4}$  n'est pas encore atteint, la mortalité maternelle a connu une baisse régulière depuis les années 90, selon les données des enquêtes MICS successives, passant respectivement entre 1995, 2001 et 2006 de 224,4, puis 164,8 à 148 pour 100 000 naissances vivantes (5), (6), (7). Le taux d'accouchements assisté est élevé avec 82%, et 98% des femmes enceintes ont été consulté au moins une fois par un personnel de santé durant la grossesse selon l'EDS (3). Le taux de prévalence contraceptive est de 31% mais les besoins non satisfaits restent élevés avec 37% au niveau national et 42% en milieu urbain, et 23% des adolescentes (15-19 ans) ont déjà été enceintes (3).

Le système de santé est basé sur le principe des Soins de santé primaires et de type pyramidal.

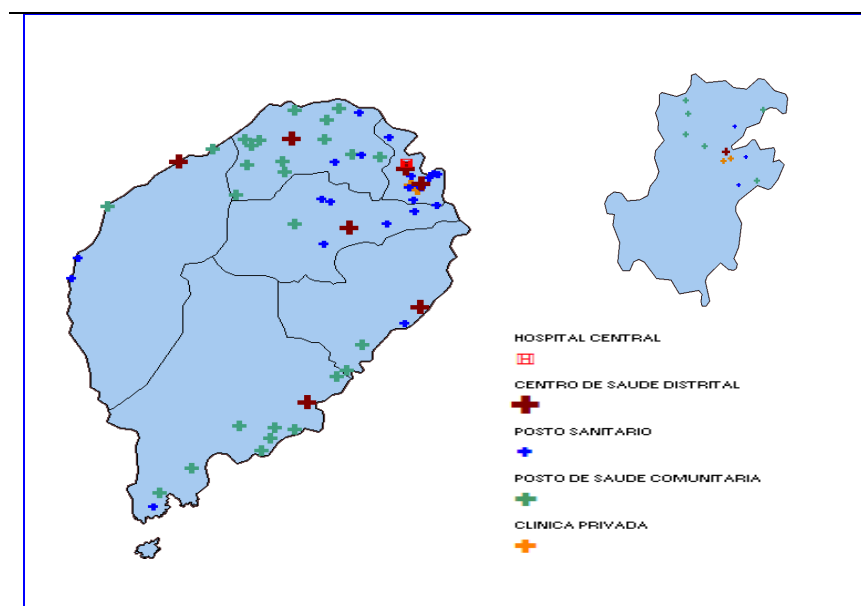
Le niveau central est composé de :

- la Direction des Soins de Santé qui comprend, les programmes SR, Santé scolaire et Santé Mentale, les départements de l'Épidémiologie, la Pharmacie et l'Hygiène de l'environnement, le Centre National d'Éducation pour la Santé ;
- le centre national des Endémies qui coordonne la lutte contre le Paludisme, le VIH/SIDA, la Tuberculose, et les maladies non transmissibles et négligées
- la Direction de la planification, l'administration et des finances qui comprend les départements Ressources Humaines et Information Sanitaire
- le Fonds National des médicaments sous l'autorité directe du Cabinet du Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Le niveau central de prestations de services est assuré par l'hôpital National Dr Ayres de Menezes qui est la structure de référence nationale.

Le niveau périphérique est composé de 6 districts et de la région autonome de Principe. Les unités sanitaires sont au nombre de 37 dont 7 centres de santé et 30 postes de santé répartis comme illustré dans le graphique ci-dessous.

**Graphique 1 : Répartition des unités de santé par district** (source : cartographie sanitaire 2007).



Au niveau stratégique, le secteur de la santé a démarré sa réforme par l'adoption d'un Plan National de Développement Sanitaire en 2001 pour mettre en adéquation les nombreux défis que la santé pose à la population et au développement du pays en mettant l'accent sur le renforcement du système de santé au niveau opérationnel représenté par le district sanitaire. A cet effet, le budget alloué par le gouvernement au secteur de la santé représente environ 11% du budget de l'État en 2010. Les niveaux des prestations de soins de santé à la population ont connu des améliorations notoires en conséquence des succès obtenus dans la lutte contre le paludisme, des progrès marquants du Programme National de Santé de la Reproduction et dans la lutte contre le VIH/Sida. Environ 74% des agrégats familiaux ont accès aux services de santé à 30 minutes ou moins de marche, bien que l'on constate encore de grandes disparités entre les zones urbaines et les zones rurales, avec des taux d'accès de 87 et 59% respectivement (8).

Dans le domaine de la SR, suite à la Conférence du Caire sur la Population et le Développement qui a rehaussé et redéfini la santé de la reproduction, le pays a fait un pas essentiel pour le renforcement des services de santé de la reproduction en créant le Programme de Santé de la Reproduction (PSR) en 1995. Une politique nationale de SR a aussi été élaborée en 2003 et un paquet minimum d'activités SR a été introduisant dans les structures sanitaires depuis 2006 (9).



A Sao Tomé et Principe, la Politique de Santé de la Reproduction regroupe les composantes suivantes qui sont mises en œuvre par le Programme SR (10):

- **La santé de la femme** avec les volets :
  - Maternité à moindre risque : suivi de la grossesse normal et à risque, de l'accouchement et du post partum, promotion de l'allaitement maternel, prévention des avortements et traitement des complications et planification familiale)
  - Affections de l'appareil génito-urinaire : Anomalies fonctionnelles, prévention et traitement des IST/VIH/SIDA, de l'infertilité, de la transmission mère enfant du VIH, du cancer du sein et du col de l'utérus, la sexualité et les soins de la ménopause.
  - Violences basées sur le genre
- **La santé des adolescents et Jeunes (SAJ)** avec les volets prévention des grossesses non désirées et des grossesses précoces, contraception, prévention des avortements et prise en charge des complications, Prévention et prise en charge des IST/VIH/SIDA, Prévention de l'abus d'alcool, du tabac et des drogues, sexualité, paternité et maternité responsable, violences basées sur le genre
- **La santé des enfants** avec les volets: Soins néonataux, Promotion de l'allaitement maternel, Prévention de l'infection par le VIH, Développement, croissance et récupération nutritionnelle, immunisation, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
- **La santé des hommes** avec les volets : Prévention et prise en charge des IST/VIH/SIDA, Prévention et prise en charge de l'infertilité, affections de l'appareil génito-urinaire, Planification familiale, sexualité et soins de l'andropause, Paternité responsable, violences basées sur le genre
- **Les composantes transversales** : la communication pour le changement de comportement en SR, la gestion et l'organisation des services, la recherche et le partenariat

Dans le souci d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale afin d'atteindre l'ODD 5, le Gouvernement de Sao Tomé et Principe a élaboré en 2007, une feuille de route nationale, fixant des actions prioritaires visant à réduire de ¾ la mortalité maternelle et de contribuer aussi à la réduction de la mortalité infantile à travers la réduction de la mortalité néonatale qui représente 40% de cette mortalité infantile (11).

Le pays dispose également d'un certain nombre d'autres documents stratégiques clés dans le domaine de la SR et autres domaines qui influent sur la SR :

- Le Plan stratégique de sécurisation des produits SR (2010-2014)
- La Stratégie nationale de santé des adolescents et jeunes et du plan stratégique 2008-2012
- La Stratégie de Communication pour le Changement de Comportement en SR 2007-2011
- Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, 2012-2016
- Stratégie Nationale pour l'égalité et l'équité de genre à STP, 2005-2010
- Plan pluri annuel complet 2012-2016 du Programme Élargi de Vaccination
- Politique d'alimentation et de nutrition (2010)
- Programme National de Nutrition (PRONANUT) 2012-2016
- Plan stratégique national de lutte contre le Paludisme 2012-2016

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, à travers le Programme SR de la Direction des Soins de Santé souhaite disposer d'un plan national quinquennal de SR afin d'opérationnaliser la politique et mettre à jour les stratégies et activités dans la mesure où certains documents sont en fin de mise en œuvre et d'autres à mi parcours. De plus, il est impératif d'intégrer les interventions liées à la Maternité à moindre risque, la planification familiale, la sécurisation des produits de SR, la santé des adolescents et jeunes, la santé des enfants, la lutte contre les IST/VIH/SIDA, la santé de la reproduction des hommes et les violences basées sur le genre.

Enfin, le Programme souhaite à travers ce plan, disposer d'un tableau de bord pour le suivi de toutes ces interventions dans le domaine de la SR au niveau du pays.

## B. Méthodologie d'élaboration du plan national SR

Le processus utilisé pour élaborer le présent plan a consisté en un exercice participatif d'analyse de la situation de la santé de la reproduction et de planification. Après un recensement des documents nationaux clés dans le domaine de la SR ci dessus, des outils pour l'exercice ont été élaborés. Des tableaux ont été adaptés des outils de l'OMS pour la revue de la Feuille de Route de la réduction de la MMN, et ont permis de procéder à une analyse de la situation devant déboucher sur la définition des points forts et points faibles des différentes composantes de la SR dans le pays (Maternité à moindre risque, Santé des Adolescents et jeunes, SR des hommes, Violences basées sur le genre et IST/VIH/SIDA). L'analyse a consisté à s'interroger sur les cinq questions suivantes :

- Où en sommes-nous en termes d'indicateurs de la SMN, la SAJ, VBG, SR des hommes, IST/VIH/SIDA?
- Est-ce que les interventions des documents stratégiques nationaux permettent d'atteindre les cibles visées?
- Dans quelle mesure ces interventions sont mises en œuvre?
- Quels sont les domaines prioritaires sur lesquels nous devons nous concentrer maintenant?
- Quelles sont les solutions et les recommandations pour l'avenir?

A partir de ces résultats, une planification intégrant tous les volets de la SR a été élaborée, basée sur les 6 composantes du système de santé :

- Le leadership et la gouvernance incluant les politiques et procédures, la planification, la coordination et la gestion
- Les prestations de services incluant l'offre et la demande de services de SR
- Le financement,
- Les ressources humaines,
- Les médicaments et produits,

- Le suivi évaluation.

Dans le domaine de la santé des enfants, le défi a consisté à identifier, en tenant compte des rôles et responsabilités du Programme SR, à partir des documents sectoriels sur la nutrition, la vaccination, la lutte contre le VIH, la lutte contre le Paludisme, et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, les stratégies et activités selon les composantes du système de santé ci-dessus pour améliorer la santé des enfants.

L'exercice d'analyse et de planification a été organisé par la Direction des Soins de Santé sous la forme de deux ateliers de deux jours, qui ont regroupé les acteurs clés de la SR au niveau national (santé, éducation, jeunesse, genre) pour procéder à l'analyse et la planification quinquennale (voir liste des participants du groupe de travail en annexe 2). Le document proposé par ce groupe technique a été présenté à un groupe élargi aux responsables de district, aux autres secteurs départements ministériels (Finances, Plan et développement), et aux bailleurs de fond (voir liste en annexe 2)

## **1. Analyse de la situation**

### **1.1 Santé de la femme**

Dans le domaine de la **gouvernance**, la SMN et la PF sont incorporés dans les cadres et plans nationaux de développement et une feuille de route a été adoptée en 2007 pour l'accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale. Cependant, il n'existe pas d'instance de suivi de la mise en œuvre de la feuille de route.

La première Enquête Démographique et de Santé a été réalisée en 2009 et a permis de disposer d'importantes données pour la prise de décision qui n'ont pas encore été disséminés en dehors de la transmission des rapports aux ministères et directions techniques concernées.

L'analyse de la situation a montré une inexistence de données sanitaires ou des données non exhaustives sur le nouveau né (0-7j), les cancers du sein et du col de l'utérus, les complications obstétricales prises en charge dans les structures de santé et d'autres indicateurs de processus de SONU, les avortements, la prévention de la transmission mère enfant du VIH, le niveau de connaissance des signes de danger de la grossesse et de l'accouchement... La diffusion auprès

des prestataires des normes et standards pour les soins de SR en général, et les soins de routine pendant la grossesse et la prise en charge des complications liées à la grossesse en particulier, est faible.

La notification des décès maternels et des décès néonataux est obligatoire. L'audit des décès maternels est réalisé à l'Hôpital National (structure de référence nationale) mais n'est pas formalisé. Celui des décès néonataux n'est pas réalisé.

En ce qui concerne les **ressources humaines**, il manque de compétence au niveau des districts pour le diagnostic, les soins de pré-référence et le traitement de complications de la grossesse et de l'accouchement. Les SONU ne sont disponibles qu'au niveau de l'hôpital National et les gestes de prévention des complications telles que la Gestion Active de la Troisième phase du travail (GATPA) ne sont pas réalisées dans les maternités des districts. Il en est de même pour les soins au nouveau né et la réanimation néonatale pour lesquels les compétences sont aussi faibles au niveau local.

Concernant le **financement**, il y a une exemption totale des frais aux usagers pour les accouchements, les césariennes et les soins au nouveau né comme pour l'ensemble des soins curatifs dans le système de santé. Il en est de même pour les médicaments anti rétro viraux (ARV) et la PTME (tests de dépistage, ARV..). L'information sur la part du budget étatique alloué à la Santé de la reproduction n'est pas disponible. Le financement des stratégies pour augmenter la demande des services en général est faible et en particulier pour les outils et supports de communication. A noter que l'Union Européenne vient d'accorder un financement d'un montant d'1,5 millions d'euros pour la santé maternelle et infantile dans le cadre de son Initiative d'appui aux OMD.

Dans le domaine de la **prestation de soins**, l'utilisation des services est assez élevée pour ce qui concerne le suivi prénatal avec une utilisation (au moins une CPN) de 98%, une couverture adéquate en CPN (au moins 4) de 72% et 91% de femmes sont supplémentées en fer durant la grossesse (3). Le taux d'accouchement assisté est de 82% (3). Le taux de dépistage VIH pour la prévention de la transmission mère (PTME) est élevé avec 86% (3) avec un taux de transmission 0% chez les femmes sous traitement prophylactique, selon le Programme National de Lutte contre le Sida. L'offre de services de PF est généralisée dans toutes les unités de soins du pays. Les services de dépistage du cancer du sein et du col sont disponibles au niveau des centres de santé et de l'hôpital mais la qualité de ces services est inconnue. Au niveau communautaire, des

stratégies avancées sont réalisées par les infirmiers (ères) et sont intégrées (vaccination, distribution de contraceptifs...)

Il n'y a pas de disponibilité de SONU de base et la seule structure de référence (l'hôpital national) offre des SONU complets même si le bloc opératoire de la maternité est non opérationnel. Les besoins en PF non satisfaits sont élevés surtout chez les jeunes (48% des 15-19 ans) et l'utilisation du TPI est paradoxalement insuffisante (61,6%) par rapport au taux élevé de couverture en CPN. Il en est de même du taux d'utilisation des services de consultations post natales (63%) comparativement au suivi prénatal. Le système de référence est peu fonctionnel du fait du manque de moyens logistiques et de communication entre le niveau communautaire et les structures de soins.

Dans le domaine des **médicaments**, il existe une liste nationale des médicaments essentiels, incluant les produits, matériels et fournitures pour la Santé Maternelle et infantile depuis 2011. Le système d'information et de gestion logistique pour les contraceptifs y compris les condoms (masculins et féminins) est fonctionnel et parallèle au circuit des médicaments essentiels. Il existe un plan d'approvisionnement en produits de Santé Maternelle et Néonatale et PF dans le cadre du plan stratégique de sécurisation des produits SR (SPSR). Cependant, l'information n'est pas disponible sur les stocks de produits de santé maternelle, et des ruptures de stocks sont notées pour les moustiquaires imprégnées dans les services de CPN, et le sang dont la seule banque se trouve au niveau de l'Hôpital National. Certains équipements comme les échographes font défaut pour le suivi de la grossesse.

## **1.2 Santé des adolescents et jeunes**

La sexualité est précoce, avec 12 % des filles qui sont sexuellement actives avant 15 ans, et 76 % des garçons avant 18 ans selon l'EDS 2008-2009 (3). L'âge moyen du premier rapport sexuel serait de 11 ans pour les garçons et 13,5 ans pour les filles selon enquête CAP du Programme SR de 2006 (12). Selon l'EDS, le taux de grossesse chez les adolescentes (15 – 19 ans) est de 22,8%, soit plus d'une adolescente sur 5 qui serait enceinte entre 15 et 19 ans. Cette situation semble être en constante augmentation car le pourcentage des adolescentes enceintes suivies dans les structures de santé est passé de 12 à 17% des femmes suivies, entre 2004 et 2010, selon les statistiques du Programme SR. Cependant, on note que le taux d'utilisation des préservatifs est plus élevé chez les jeunes (54% chez les filles et 65% chez les garçons de 15-19

ans avant mariage et lors de rapports sexuels à risque) que chez les adultes (30% chez les hommes et 28% chez les femmes 15-49 ans) (3).

Il existe une stratégie nationale de santé des adolescents et jeunes et un plan stratégique 2008-2012 (13) qui en est à sa dernière année de mise en œuvre. Un Plan stratégique multisectoriel VIH 2012-2016 est en cours de finalisation (14).

Au niveau du système scolaire, la SAJ a été intégrée dans le cadre de la réforme de l'enseignement en 2009, dans le curriculum scolaire à travers l'enseignement d'un module de Santé de la Reproduction dans la discipline Éducation pour la santé en 7<sup>ème</sup> année (pour les élèves de 13-14 ans) depuis 2010-2011. Cette stratégie a comme insuffisance majeure la limitation de sa durée à une seule année du cycle scolaire et chez des élèves de cette tranche d'âge, donc déjà sexuellement actifs pour certains. Les autres problèmes de SAJ (alcool, drogue, santé mentale...) sont intégrés dans le cours d'Éducation pour la santé avec la même insuffisance. Le fait que l'information sur la SAJ focalise sur la sexualité et la faible prise en compte des autres aspects rend l'adhésion plus difficile de la part des enseignants et des parents. Toujours dans le cadre de cette réforme, les aspects de SAJ sont pris en compte dans le cycle de base de manière superficielle. Une initiative de cours du soir pour les élèves enceintes est en cours pour favoriser leur maintien dans le système scolaire.

L'analyse a aussi montré qu'il existe un gap dans les interventions de santé pour les 6-10 ans dans la mesure où elles sont focalisées sur les 0-5 ans et sur les adolescents. Dans ce contexte de sexualité précoce, ceci constitue donc un argument pour la réintroduction dans le système scolaire de la SAJ au primaire. La SAJ n'est pas encore intégrée dans les écoles privées de formation de base et dans les écoles formation professionnelle en dehors du Centre polytechnique.

Il se pose le problème de déperdition et de pérennité pour la stratégie des pairs éducateurs dans le système scolaire et en dehors de l'école. Il n'y a pas encore de contenu dans l'implication dans la SAJ des autres secteurs que l'école, à savoir la jeunesse et la santé, et la communauté (parents, leaders). Les données d'utilisation des services de santé par les adolescents et jeunes existent, mais ne sont pas exploitées à des fins programmatiques.

D'une manière globale, **le financement** de la SAJ est insuffisant et l'information sur la part du budget de l'état allouée à la SAJ n'est pas disponible. En plus de la stratégie nationale budgétisée, des plans ont été élaborés et budgétisés dans chaque district mais n'ont pas été financés

Dans le domaine de l'**information et des services de SAJ**, un curriculum de formation des prestataires de santé sur la SAJ existe depuis 2009. L'offre de services de SR aux adolescents et jeunes reste stigmatisée dans les unités de santé (infrastructures et attitudes des agents de santé). La SAJ est intégrée dans les outils de supervision des services de SR. Des actions de sensibilisation sont menées dans les communautés en faveur de la SAJ avec des associations de jeunes (pairs éducateurs) pour toucher les jeunes en dehors du système scolaire. Elles ont aussi été initiées en direction des leaders communautaires et religieux. Au niveau des médias, des productions radio et TV sont réalisées mais restent peu attractives. Il existe un déficit des centres d'écoute, avec seulement 4 centres encore fonctionnels.

En ce qui concerne les **ressources humaines**, 92% des prestataires ont été formés sur le curriculum SAJ depuis 2009 selon le programme SR. Les informations sur la mise en œuvre des formations par les enseignants formés par le PSR en SAJ ne sont pas disponibles auprès du PSR.

### **1.3 Santé des enfants**

Dans le domaine de la **gouvernance**, la disponibilité d'une politique nationale d'alimentation et de nutrition et son programme national de nutrition (2012-2016), d'une stratégie nationale de lutte contre le Paludisme (2012-2016), d'un plan pluriannuel complet du Programme Élargi de Vaccination (2012-2016), ainsi que d'un plan stratégique multisectoriel de lutte contre le SIDA (2012-2016), constitue une opportunité de disposer des orientations nationales en particulier pour les femmes et les enfants. Cependant, la non mise à jour de la stratégie nationale de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant de 2007, constitue une limite dans la prise en charge efficace des pathologies de l'enfant y compris la malnutrition et le VIH chez l'enfant.

Dans le domaine du **Financement**, même si la gratuité des soins est une réalité, la forte dépendance au financement des partenaires et l'insuffisance du financement étatique reste une menace pour la pérennisation des interventions en particulier dans le domaine de la vaccination et du VIH.

La grande majorité des prestataires ont été formé et ou recyclé dans les stratégies clés de la santé des enfants (vaccination, VIH, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, Paludisme et nutrition), et dans certains districts le personnel spécialisé en nutrition existe même s'il reste très



insuffisant. L'intégration de ces stratégies dans les écoles de formation de base à travers la mise à jour des curriculums reste aussi un défi. Dans le domaine du VIH, les compétences du personnel dans la prise en charge médicale, psychologique et nutritionnelle des enfants affectés par le VIH restent faibles. Certains districts tels que celui de Lemba, ont postes de santé fermés faute d'infirmiers, rendant ainsi peu accessibles les stratégies comme la vaccination pour les enfants du district.

Dans le domaine des médicaments et produits, la gratuité et gestion des vaccins, des ARV et autres médicaments VIH et paludisme y compris les moustiquaires imprégnés, améliore l'accès pour les enfants malades. Cependant, les ruptures fréquentes de stock de moustiquaires faute de planification entre les distributions de masse et les distributions de routine aux femmes enceintes et enfants, ainsi que celles test de dépistage du VIH limitent la continuité de l'offre de services.

La non disponibilité d'un laboratoire de contrôle qualité des médicaments et vaccins reste une préoccupation, ainsi que l'impossibilité dans le pays de réaliser le dépistage précoce avant 18 mois du VIH par la technique de PCR.

**L'Offre de services** pour le suivi nutritionnel systématique des enfants et des groupes vulnérables est insuffisante. Il n'existe pas non plus d'unités de réhabilitation nutritionnelle au niveau des districts pour les enfants souffrant de carence nutritionnelle, et les femmes allaitantes ne sont pas assez accompagnées pour le respect des protocoles d'allaitement maternel exclusif. Dans le domaine du VIH, si la prise en charge est totalement décentralisée, la captation des femmes enceintes séropositives et leur maintien dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant demeure une difficulté.

Dans le domaine du **suivi évaluation** des stratégies pour la santé infantile, l'existence d'un système de vigilance intégrée des maladies y compris le paludisme est une opportunité pour le suivi, ainsi que l'intégration de la supervision de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les supervisions de la SR et du paludisme. Cependant la non évaluation de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de 2007, a retardé son adaptation et sa mise à jour. De plus, la régularité de la supervision à tous les niveaux pour les différents volets de la santé infantile ainsi que la collecte de données de qualité et la coordination des interventions restent un défi à relever.

#### **1.4 Santé de la Reproduction des hommes**

Elle devient domaine de préoccupation dans la mesure où les hommes n'utilisent pas les structures de santé alors qu'ils ont des besoins et un pouvoir de décision très important dans la société. Dans le domaine du VIH, ils utilisent deux fois moins les services que les femmes pour la prise en charge alors que la prévalence du VIH est légèrement plus élevée chez eux que chez les femmes (1,7% contre 1,3% chez les femmes) (3). Ce qui pose un problème pour le contrôle de l'épidémie dans le pays. Cependant, le niveau de connaissance des moyens de prévention du VIH chez les hommes est élevé avec 70% selon l'EDS, ainsi que le niveau de connaissance de la contraception qui est de 99%.

Même si la politique nationale de SR prend en compte la santé de la reproduction des hommes, les données sur les pathologies de l'appareil génital de l'homme sont inexistantes dans le pays. En ce qui concerne les prestations de service, il existe une insuffisance de structures pour le dépistage et la prise en charge de ces pathologies.

#### **1.5 Violences basées sur le genre (VBG)**

La prévalence des VBG est élevée, avec 21% de femmes qui déclarent avoir subi des violences domestiques fréquemment ou parfois lors des 12 derniers mois selon l'EDS 2008-2009 (3).

A l'instar des autres résultats de l'EDS, ces données quantitatives sur l'ampleur du phénomène ont été insuffisamment disséminées, et ne sont pas encore utilisées au niveau national. En dehors de ces données quantitatives, il n'existe pas d'étude approfondie sur les VBG, ni de leur impact sur la santé de la reproduction.

Il existe une Stratégie nationale d'Égalité et d'Équité de genre 2005-2010 (15) qui avait été budgétisée et dont l'actualisation est prévue. Il n'y a pas d'information sur le financement de cette stratégie. Un plan d'action pour la communication sur les VBG en cours d'élaboration.

Au niveau du secteur de la santé des agents ont été sensibilisés sur le genre mais il y a eu une déperdition.

Les VBG sont faiblement prises en charge au niveau national et non intégrées dans la prestation de SR. Il existe une seule structure qui assure la prise en charge des violences domestiques (Centre d'Accueil et de Conseil Contre les Violences Domestiques). Et il n'existe pas de données sur la prise en charge de ces violences.

## 1.6 IST/VIH

Selon l'EDS, le taux de prévalence du VIH dans la population adulte est de 1,5%, et 1,7 % chez les hommes et 1,3% chez les femmes (3). Cette prévalence est plus faible chez les jeunes avec 0,8%, confirmant la tendance globale du début de déclin de l'épidémie chez les jeunes en Afrique liée aux aspects comportementaux, notamment l'utilisation du préservatif (16). L'incidence des IST semble connaître une baisse depuis 2009 (15).

Si les niveaux de connaissance du VIH/SIDA sont assez élevés (99% sont informés sur le VIH et 76% connaissent les moyens de prévention), les comportements ne sont pas autant en adéquation (22% des hommes ont au moins 2 partenaires et 44% ont des relations extraconjugales, 41% des hommes et 52% des femmes n'utilisent pas le préservatif lors des relations sexuelles à risque) (3). L'utilisation du préservatif est cependant en hausse et le nombre de distributions a triplé entre 2007 et 2009 (15).

Dans le domaine de la **gouvernance**, un second plan stratégique de lutte contre le VIH (2012-2016) est en cours d'élaboration. La prévention de la transmission mère enfant du VIH connaît un certain succès chez les femmes sous prophylaxie et la couverture en dépistage pour la PTME est de 86% (3).

Le **financement** de la lutte contre le VIH est dépendant quasi exclusivement de l'aide au développement. La participation de l'état est encore très faible.

En termes de **prestations de services et de ressources humaines**, 85 prestataires ont été formés à la prise en charge syndromique des IST (15) et la PTME est disponibles dans le cadre du suivi prénatal dans toutes les unités de santé en fonction du paquet de services par niveau. Cependant l'utilisation des services par les hommes est faible comme souligné plus haut.

## **2. Plan national SR**

A partir des points forts et points faibles identifiés par l'analyse, des objectifs sont formulés pour chacune des 6 composantes du système de santé, et des indicateurs de résultats et des cibles sont retenus d'ici 2016.

### **2.1 Objectif1 : Améliorer les stratégies, la planification et la gestion de la SR (leadership et gouvernance)**

Il s'agit d'améliorer l'utilisation des données pour la prise de décision dans la mise en œuvre des stratégies de SR à travers la dissémination des résultats de l'EDS avec une toute l'expertise nécessaire dans chaque domaine (Santé maternelle, infantile, Genre, VIH, SAJ...). Mais aussi de faire le plaidoyer en faveur de la SAJ qui nécessite une plus grande prise de conscience des enjeux de la SAJ au niveau du pays par les responsables nationaux des secteurs concernés (Éducation, Jeunesse, Santé) et les parents.

Le renforcement de la coordination des interventions en SR à travers la mise en place d'un comité de coordination fonctionnel est un élément crucial pour la planification, le suivi et la mise en œuvre des interventions de tous les acteurs de la SR (santé, éducation, jeunesse, genre, CACVD) d'ici 2016. Il en est de même et de manière plus spécifique pour ce qui concerne la vaccination à travers la fonctionnalité effective du groupe des partenaires de la vaccination, mais aussi de la prise en charge des VBG qui doit impliquer une concertation entre les différents secteurs que sont le CACVD, la Police, la Justice, la Santé, et Jeunesse pour plus d'efficacité.

Des stratégies clés comme l'utilisation des pairs éducateurs nécessitent une réflexion pour l'identification des pistes de pérennisation, et des informations sont encore nécessaires sur les violences basées sur le genre et leur impact sur la SR.

Dans un souci d'amélioration de la standardisation et de la qualité des services de santé maternelle et néonatale, les audits des décès maternels et néonataux seront systématisés et réguliers au niveau de la structure de référence nationale et le paquet minimum de services de SR mis à jour et diffusé. Il en est de même pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant qui doit être évaluée et mise à jour, ainsi que le nouveau protocole de la PTME.

Enfin, pour améliorer la préparation du niveau central et district à la gestion des situations d'urgence, les plans de contingences devront inclure la SSR aux différents niveaux.

Les indicateurs de résultats retenus pour cet objectif sont détaillés ci-dessous et des cibles fixées conformément aux engagements du pays (18):

**Tableau 1 : Indicateurs de résultats du plan SR 2012-2016**

<b>Indicateurs de résultats (niveau actuel)</b>	<b>Sources</b>	<b>Cibles pour 2016</b>
Taux MM : 158/100 000 NV	EDS 2008-2009	< 100/ 100000 NV en 2016
Taux de mortalité néonatale : 18/1000 naissances	EDS 2008-2009	≤ 15/ 1000NV
Taux de mortalité infantile : 38‰	EDS 2008-2009	<20%
Taux de grossesses chez les adolescentes (15-19 ans) : 22,8%	EDS 2008-2009	< 15%
Taux prévalence contraceptive : 31% (EDS 2008-2009)	EDS 2008-2009	50%
Taux de prévalence du VIH dans la population générale : 1,5%	EDS 2008-2009	0,8%
Prévalence des VBG : 21%	EDS 2008-2009	< 15%

## **2.2 Objectif 2 : Améliorer la demande, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de SR pour les femmes, les hommes, les adolescents, jeunes et enfants**

Cet objectif sera atteint à travers l'amélioration du plateau technique des structures de santé, en particulier pour les SONU de base et les SONU complets, et du système de référence évacuation entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire : de la communauté vers les centres de santé à travers la téléphonie mobile, et entre les centres de santé et l'hôpital de référence grâce aux ambulances.

Le respect des normes et procédures de prestations des services de SR dans toutes ses composantes sera assuré par une supervision formative intégrée des prestataires aux différents niveaux. Cette supervision va aussi permettre la mise en place de mécanismes de motivations

(Labellisation/accréditation) sur la base des performances techniques et professionnelles des unités sanitaires notées lors des supervisions.

Les capacités techniques des prestataires de services seront renforcées dans les différents domaines de la SR (soins après avortement, méthodes contraceptives de longue durée, PTME en particulier le counseling pour augmenter l'adhésion des femmes, IST/VIH, Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant), et les services réorganisés pour la prise en charge des besoins des adolescents et des hommes.

Un accent sera mis sur l'intégration des services de SR/VIH afin de réduire les occasions manquées à travers la proposition systématique de dépistage du VIH pour les hommes et femmes lors de la PF, la vaccination, la consultation IST..., mais aussi l'offre de PF à tous les patients consultant pour IST, vaccination, etc...

Dans le domaine de la nutrition, en plus de la promotion active de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, les formations sanitaires "amies des bébés" seront promues, et le suivi de la croissance des enfants de moins de 5 ans sera systématisé dans les centres de santé. Le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition seront ainsi systématiques dans chaque district à travers la mise en place d'unités de récupération nutritionnelles, et l'intégration de la prise en charge de la malnutrition dans la version révisée du manuel de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant.

De manière spécifique, afin d'atteindre les objectifs vaccinaux du district de Lemba, il est nécessaire que soient pourvus en infirmiers les postes de santé de S. Catarina, Diogo Vaz et Santa Margarida, et que ces formations soient équipées.

Au niveau de la demande, les stratégies avancées intégrées de SR, de renforcement des capacités des média, de sensibilisation par les pairs, de création dans les établissements scolaires de clubs d'enseignants promoteurs de la SAJ et l'augmentation des centres d'écoute pour adolescents et jeunes, seront mises en œuvre pour la prévention des comportements à risque et la promotion de l'utilisation des services, mais aussi l'intégration des orphelins et enfants affectés par le VIH dans les familles.

Enfin un plaidoyer sera fait pour l'acquisition de la PCR dans le pays en collaboration avec le PNLIS.

**Tableau 2 : Indicateurs de résultats pour la demande, l'offre et la qualité des services de SR**

<b>Indicateurs de résultats (niveau actuel)</b>	<b>Sources</b>	<b>Cibles pour 2016</b>
Nombre de structures de SONU de base : 0	Evaluation rapide des SONU 2007	5 (un par district + hôpital national de référence)
Taux accouchement assisté: 82%	EDS 2008-2009	95%
Taux de césariennes : 3,6%	PSR-2010	7%
Taux de couverture adéquate en CPN (au moins 4 CPN): 72%	EDS 2008-2009	95%
Taux d'utilisation des CPON : 63%	EDS 2008-2009	>80%
Taux de besoins en PF non satisfaits : 37%	EDS 2008-2009	15%
Taux de couverture PTME (dépistage PTME) : 86%	EDS 2008-2009	95%
Taux d'utilisation du TPI : 61%	EDS 2008-2009	95%
Taux d'utilisation des MI chez les femmes enceintes : 71%	EDS 2008-2009	95%
Taux d'allaitement maternel exclusif : 51%	EDS 2008-2009	60%
Taux de retard de croissance modéré et sévère chez les enfants de moins de 5 ans: 29%	EDS 2008-2009	
Prévalence de l'anémie modérée et sévère chez les enfants de moins de 5 ans: 62%	EDS 2008-2009	
Taux de prise en charge de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans: 51%	EDS 2008-2009	
Taux de prise en charge de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans : 70%	EDS 2008-2009	
Taux de prise en charge des infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 5 ans : 75%	EDS 2008-2009	
Taux d'utilisation des condoms chez les jeunes 15-19 ans non mariés : filles (54%), les garçons (65%)	EDS 2008-2009	>80%
Niveau de connaissance « complète » du VIH chez les hommes (47%) et chez les femmes (46%)	EDS 2008-2009	>80%
Nombre de pairs éducateurs : 50	PSR 2011	500

### **2.3 Objectif 3 : Améliorer la qualité et la quantité des ressources humaines pour la SR**

Une analyse de la situation des ressources humaines de la santé est indispensable pour identifier les besoins et ressources humains pour le secteur en général et pour la SR en particulier. Celle-ci se fera dans le cadre de l'enquête SONU qui va en plus de la cartographie de ces ressources humaines du pays, identifier les besoins en renforcement de capacités dans les domaines des SONU, PF, IST/VIH, allaitement maternel exclusif et alimentation du jeune enfant, VBG, dépistage et prise en charge des pathologies de l'appareil génital de l'homme à tous les niveaux du système de santé.

Un renforcement de ces capacités sera ainsi organisé sur cette base dans ces domaines, et les nouvelles directives pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, le TPI et le traitement curatif du paludisme chez la femme enceinte, le protocole PTME, les nouveaux antigènes pour la vaccination, seront également enseignées aux prestataires.

Afin de rendre le bloc opératoire de la maternité de l'Hôpital national, il est nécessaire de disposer de trois anesthésistes additionnels.

**Tableau 3 : Indicateurs de résultats pour les ressources humaines**

<b>Indicateurs de résultats (niveau actuel)</b>	<b>Sources</b>	<b>Cibles pour 2016</b>
Nombre de sages femmes, d'infirmiers, et de médecins impliqués dans les activités de SR: à déterminer par l'enquête SONU	Enquête SONU	à déterminer
Nombre d'anesthésistes : 7	PSR 2011	10
Niveau de connaissances et de compétences des sages femmes, médecins et infirmiers sur la SMN, IST/VIH, SAJ, VBG, SR hommes : à déterminer par l'enquête SONU	Enquête SONU	Supérieur à 80%



#### **2.4 Objectif 4 : Rendre disponible des médicaments et produits de SR de qualité**

Conformément au plan de sécurisation des produits SR, l'évaluation du système actuel de gestion logistique permettra d'analyser les mécanismes en place pour l'estimation des besoins, l'acquisition/l'approvisionnement des médicaments et produits, le transport, la distribution et la gestion des stocks aux différents niveaux. Ceci permettra également de disposer de données quantitatives de base pour le suivi des interventions de renforcement du système. Ces interventions vont consister en la mise en place d'un logiciel de gestion des stocks, au renforcement des capacités des responsables de la gestion des médicaments et à l'acquisition des médicaments et produits conformément à la planification réalisée (contraceptifs, tests de dépistage et réactifs, ARV, TPI et médicaments de prise en charge du paludisme, Infections respiratoires aiguës et diarrhées chez l'enfant, moustiquaires imprégnées, vaccins et micronutriments...)

L'indicateur de résultat de cet objectif est le Taux de rupture de stocks des contraceptifs, des médicaments de santé maternelle et infantile, des ARV, des réactifs et autres produits sus cités dont le niveau sera déterminé par l'évaluation du SIGL dans le cadre de l'enquête SONU.

#### **2.5 Objectif 5 : Assurer un financement adéquat de la SR**

L'atteinte de cet objectif passe par la disponibilité d'une stratégie de mobilisation de ressources pour ce plan quinquennal. Cette stratégie comprend à partir de l'estimation budgétaire, l'identification des sources de financement déjà prévus, l'analyse des gaps, l'identification d'autres sources potentielles et les activités pour mobiliser ces ressources additionnelles nécessaires pour combler les gaps auprès de l'État, des partenaires techniques et financier multi et bilatéraux, et du secteur privé. Ceci passe également par des activités de plaidoyer en direction des décideurs et des parlementaires pour l'augmentation du budget de l'État pour la SR.

**Tableau 4 : Indicateurs de résultats pour le financement**

Indicateurs de résultats	Sources	Cibles pour 2016
Proportion du budget national alloué à la SR :	DAF	
Proportion du budget mobilisé auprès des bailleurs de fonds :	DAF	
Taux de mobilisation de ressources pour le plan SR	PSR	100%

## **2.6 Objectif 6 : Renforcer le suivi et l'évaluation des stratégies de SR**

La disponibilité des données de base sur certains indicateurs ( SONU, affections gynécologiques, SR des hommes,...), les ressources humaines, les médicaments et produits... va permettre de préciser les stratégies de formation, d'équipements des structures, de monitoring, de supervision et de motivation du personnel. L'enquête SONU avec cartographie de l'offre de services de SR, permettra de disposer de ces informations de base. Elle permettra aussi d'alimenter la révision des supports de gestion registres, rapports), qui permettra de disposer des données de routine sur les SONU, la SR des hommes, les cancers (col de l'utérus, du sein, de la prostate) dans le système d'information sanitaire, qui ne les prend pas encore en compte.

Le guide de supervision sera revu pour intégrer les différents volets de la SR, et les équipes de supervisions capacités dans ce sens pour réaliser des missions de supervisions trimestrielles intégrées dans les formations sanitaires du pays.

De plus, afin d'améliorer le suivi des indicateurs de la contraception, le couple année protection sera introduit pour la PF étant donné la disponibilité des informations sur la distribution des produits contraceptifs dans le pays. Les données sur les adolescents et jeunes seront désagrégés dans les statistiques sanitaires, et les outils de collecte des données de SR intégreront les données de la PTME pour un meilleur suivi.

Afin de connaître l'évolution des connaissances, attitudes et pratiques dans le domaine de la SR des femmes, des jeunes et des hommes, une enquête CAP sera réalisée, en attendant les résultats de la seconde EDS prévue pour 2015.

Afin de connaître la dimension du problème des orphelins et enfants affectés par le VIH une étude qualitative et quantitative sera menée.

Le présent plan sera évalué à mi-parcours (2014) et en fin de mise en œuvre (2016).

L'indicateur de cet objectif est le Taux de complétude des rapports statistiques sanitaires sur les différents volets de la SR. Actuellement, les rapports statistiques prennent en compte le suivi de la grossesse, les IST/VIH et la PF. L'objectif est que ceux-ci soient aussi complets sur les SONU, la SAJ, la SR des hommes et les VBG afin de pouvoir assurer le suivi des interventions dans ces différents domaines.

### **3. Plan opérationnel 2012-2016**

## PLAN D'ACTION SR 2012-2016

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016				
<b>1. Améliorer les stratégies, la planification et la gestion de la SR (le leadership et la gouvernance)</b>	Taux MM : 158/100 000 NV (EDS 2008-2009),	< 100/100000 NV en 2016	Organiser la dissémination des résultats EDS pour chaque volet (SAJ, Genre, VIH, Santé maternelle...)	X	X				DCS	INE, INPG, PTF	35 000	Chaque volet devra faire l'objet d'une dissémination avec l'expertise technique dans chaque domaine
	Taux de mortalité néonatale : 18/1000 NV(EDS 2008-2009)	≤ 15/1000NV	Élaborer et diffuser un argumentaire sur la SAJ en direction des parents, des enseignants, des leaders communautaires, religieux, des cadres du Ministère de l'Éducation, de la Santé, le secrétariat d'État de la Jeunesse	X	X				DCS/PSR	Ministère de l'Éducation	15 500	L'argumentaire devra prendre en compte tous les volets de la SAJ
	Taux de grossesses chez les adolescentes (15-19 ans) : 22,8% (EDS2008-2009)	< 15%	Diffuser le décret de loi sur l'institutionnalisation de l'éducation en matière de SR dans le système scolaire auprès des cadres du Ministère de l'Éducation et des parents d'élèves	X					Ministère de l'Éducation	DCS/PSR	-	
	Taux prévalence contraceptive : 31% (EDS 2008-2009)	50%	Mener une réflexion sur la motivation des pairs éducateurs jeunes	X					DCS/PSR	Ministère éducation et Secrétariat de la Jeunesse	1000	Devra déboucher sur des stratégies de motivation pour une certaine pérennité
			Mettre en place un comité de coordination de SR impliquant tous les secteurs : santé,	X	X	X	X	X	DCS/PSR	Ministère éducation, Secrétariat de	16 000	Ce comité sera aussi en charge du suivi de la

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires	
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016					
Taux de prévalence du VIH dans la population générale : 1,7% (EDS2008-2009)  Prévalence des VBG : 21% (EDS 2008-2009)  Taux de mortalité infantile : 38‰		0,8%	éducation, jeunesse, genre, Centre des violences domestiques (CACVD)							la Jeunesse, INPG, CACVD,		feuille de route SMN	
			Organiser des réunions trimestrielles du comité de coordination SR		X	X	X	X	PNSR	Membres du comité	6 000		
			Mener une étude approfondie sur les VBGs et l'impact sur la SR		X					INPG	DCS/PSR, PTF	25 000	Etude qualitative en complément données EDS
			Évaluer la stratégie PCIME 2007		X					PNSR	PTF	12 000	
			Mettre à jour le manuel de la PCIME et le protocole PTME				X			PNSR	PNLS, PTF	10 000	
			Organiser la tenue trimestrielle des réunions du comité d'audit pour la réalisation des audits des décès maternels et néonataux à l'HAN	X	X	X	X	X		PSR	Membres du comité d'audit des décès maternels	8 000	
			Appuyer la mise en place du réseau pour la prévention et la prise en charge des VBG (impliquant CACVD, Police, Justice, Santé, Jeunesse)	X	X					INPG	PSR, CACVD, Police, Justice, Santé, Jeunesse	15 000	
			Réviser et diffuser le paquet minimum de SR par niveau et les protocoles de prise en charge de la grossesse et des complications		X	X				DCS/PSR	PTF	20 000	
			Faire le plaidoyer pour la légalisation de l'IVG		X	X				DCS/PSR	ING, Femmes Parlementaires	-	
			Inclure la SSR en situation d'urgence dans les plans de contingence au niveau national et		X					DCS/PSR	PTF	-	

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016				
			des districts									
<b>2. Améliorer la demande, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de SSR pour les femmes, les hommes, les adolescents, jeunes et enfants</b>	Nombre de structures de SONU de base : 0	5	Équiper toutes les maternités des 4 districts ciblés en matériel et équipements pour assurer les SONU de base		X				DCS/PSR	PTF	600 000	
	Taux accouchement assisté: 82%	95%	Équiper la maternité de l'HAM en matériels et équipements pour assurer des SONU complets		X				DCS/PSR	PTF	300 000	y compris le fonctionnement effectif du bloc opératoire
	Taux de césariennes : 3,6% (PNSR-2010)	7%	Superviser la mise en application par niveau les normes et procédures de prestations de services de SR y compris la PF, les SONU de base et complets, les IST/VIH, la SAJ et la SR des hommes		X	X	X	X	DCS/PSR	PTF	70 000	
	Taux de couverture adéquate en CPN (au moins 4 CPN): 72%	95%	Mettre en place un système de téléphonie en réseau entre les communautés, les CS et avec l'HAM pour les références évacuations		X				DCS/PSR	PTF	21 500	
	Taux d'utilisation des CPON : 63%	>80%	Doter d'ambulances les districts		X	X			DCS/PNSR	PTF	300 000	Besoins identifiés avec l'enquête SONU
	Taux de besoins en PF non satisfaits : 37%	15%	Renforcer les capacités des prestataires en soins après avortements à l'HAM		X	X	X	X	DCS/PNSR	PTF	1 000	
			Améliorer la prise en charge des GBV dans les CS et l'HAM		X	X			DCS/PNSR	PTF	10 000	
	Taux de couverture PTME	95%	Introduire les méthodes contraceptives de longue durée dans les centres de santé et l'HAM (implants)	X	X	X	X	X	DCS/PNSR	PTF	5 000	

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016				
(dépistage PTME) : 86%  Taux d'utilisation du TPI : 61%  Taux d'utilisation des MI chez les femmes enceintes : 71%  Taux d'allaitement maternel exclusif : 44%  Taux d'utilisation des condoms chez les jeunes 15-19 ans non mariés : filles (54%), els garçons (65%)  Niveau de connaissance « complète » du VIH chez les hommes (47%) et chez les	95%		Organiser des séances de mobilisation sociale pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif		X	X	X	X	DCS/PNSR	PRONANUT, PTF	30 000	
			Faire le passage à l'échelle des formations sanitaires « amies des bébés » toutes les maternités		X	X	X	X	DCS/PNSR	PRONANUT, PTF	5 000	
	95%		Mettre en place dans chaque district une unité de récupération nutritionnelle		X	X	X	X	DCS/PNSR	PRONANUT, PTF	5 000	
			Réorganiser les services de SR pour favoriser l'accueil des hommes et des adolescents pour la prise en charge de leurs besoins		X	X	X	X	DCS/PNSR	PTF	50 000	
	>80%		Renforcer la disponibilité des services de PTME dans toutes les unités sanitaires en fonction du paquet par niveau (y compris le counseling)	X	X	X	X	X	DCS/PNSR	PNLS, PTF	50 000	
			Renforcer la capacité des services pour la prévention et le traitement des IST/VIH/SIDA en veillant à l'intégration SR/VIH	X	X	X	X	X	DCS/PNSR	PNLS, PTF	50 000	
	>80%		Appuyer les stratégies avancées pour la promotion et l'utilisation des services de SR y compris les IST/VIH/SIDA, PF pour les adolescents et jeunes, les hommes et les femmes en veillant à l'intégration SR/VIH	X	X	X	X	X	DCS/PNSR	ONGs, Ministère de la Jeunesse, PTF	30 000	

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016				
<p>femmes (46%)</p> <p>Nombre de pairs éducateurs : 50</p> <p>Taux de retard de croissance modéré et sévère chez les enfants de moins de 5 ans: 29%</p> <p>Prévalence de l'anémie modérée et sévère chez les enfants de moins de 5 ans: 62%</p> <p>Taux de prise en charge de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans: 51%</p> <p>Taux de prise en charge de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans : 70%</p> <p>Taux de prise en charge des infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins</p>	500	Affecter des infirmiers et équiper les postes de santé de Sta Catarina, Sta Margarida et Diogo Vaz			X			DAF	PNSR	-		
		Mettre en place des stratégies de sensibilisation et les outils IEC ciblant les jeunes, les hommes et les catégories professionnelles pour une utilisation accrue des services de SR par ceux ci		X	X	X	X	DCS/PNSR	Ministère de la Jeunesse, PTF	50 000		
		Renforcer les capacités des média pour l'élaboration et la diffusions de productions attractives sur la SSR		X	X	X	X	DCS/PNSR	PTF	100 000		
		Appuyer la mise en place dans chaque établissement de groupes de réflexion/d'étude/clubs d'enseignants et d'élèves pairs pour mener des activités de SAJ au sein des écoles		X	X	X	X	Ministère de l'Éducation	DCS/PNSR	60 000		
		Rendre disponibles au moins 10 centres d'écoute pour les adolescents et jeunes	X	X	X	X	X	Secrétariat d'État à la Jeunesse et Ministère de l'Éducation	DCS/PNSR, PTF	15 000		
		Appuyer la mise en place de pairs éducateurs jeunes dans le milieu extra scolaire						Secrétariat d'État à Jeunesse	Ministère de l'Éducation DCS/PNSR, PTF	30 000		



Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires	
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016					
	de 5 ans : 75%												
<b>3. Améliorer la qualité et la quantité des RH pour la SR</b>	<p>Nombre de sages femmes, d'infirmiers, et de médecins impliqués dans les activités de SR: à déterminer par l'enquête SONU</p> <p>Nombre d'anesthésistes : 7</p> <p>Niveau de connaissances et de compétences des sages femmes, médecins et infirmiers sur la SMN, IST/VIH, SAJ, VBG, SR hommes (Enquête SONU)</p>	A déterminer	Appuyer la formation de 3 nouveaux anesthésistes		X	X	X		DCS/PSR	PTF	15 000	Anesthésistes supplémentaires pour le fonctionnement effectif du bloc opératoire de la maternité HAM	
			Évaluer la quantité et la répartition des RH en santé	X								-	À déterminer par l'enquête SONU
		10	Évaluer les besoins en formation continue des prestataires dans les différents domaines de SR en particulier en SONU, PF, IST/VIH, VBG, allaitement maternel exclusif et alimentation du jeune enfant, nouveaux documents et directives PCIME, TPI, PTME, vaccination, dépistage et prise en charge des des pathologies de l'appareil génital de l'homme à tous les niveaux du système de santé	X					DCS/PSR	HAM, PTF		-	A prendre en compte dans l'enquête SONU
		>70%	Organiser les formations continues des prestataires (médecins, infirmiers, sages femmes) en SR y compris IST/VIH/SIDA, SONUB (pour les 5 districts ciblés), VBG, PF, prise en charge des pathologies de l'appareil génital de l'homme, allaitement maternel exclusif et alimentation du jeune enfant,		X	X	X	X	DCS/PSR	HAM, PTF	150 000		

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires	
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016					
			nouveaux documents et directives PCIME, TPI, PTME, vaccination										
			Introduire dans les services de SR à tous les niveaux des mécanismes de performance technique et professionnel (Labellisation/accréditation)		X	X	X	X	DCS/PSR	HAM, PTF	-		
<b>4. Rendre disponible des médicaments et produits de SR de qualité</b>	Taux de rupture de stocks des contraceptifs, des médicaments SMN, des ARV, des réactifs : à déterminer par l'évaluation du SIGL	<10%	Évaluer le système de gestion logistique (SIGL) des médicaments et produits SR	X					DCS/PSR	Fonds National des médicaments, PTF	-	A intégrer à l'enquête SONU	
			Renforcer le système de transfusion sanguine : dons de sang et réactifs pour la sécurisation du sang								25 000		
			Doter le PSR d'un logiciel pour le suivi de stock des médicaments et produits SR (CHANNEL)	X						DCS/PSR	Fonds National des médicaments, PTF	-	
			Assurer la formation des responsables pour l'utilisation du logiciel		X					DCS/PSR	PTF	5000	
			Acquérir les médicaments et produits SR (contraceptifs y compris les préservatifs, tests de dépistage et réactifs, ARV, TPI et médicaments de prise en charge du paludisme, Infections respiratoires aiguës et diarrhées chez l'enfant, moustiquaires imprégnées, vaccins et micronutriments...) selon la	X	X	X	X	X		DCS/PSR	PTF	1 631 878+ 1 307 163+	

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016				
			planification effectuée et les rendre disponible à tous les niveaux du système									
<b>5. Assurer un financement adéquat de la SR</b>	Proportion du budget national alloué à la SR : A déterminer	A déterminer	Élaborer une stratégie de mobilisation de ressources pour le plan d'action SR 2012-2016	X					DCS/PSR	PTF	1 000	Inclut l'analyse de gap, l'identification des sources potentielles...
	Proportion du budget mobilisé auprès des bailleurs de fonds : A déterminer	A déterminer	Déterminer la proportion du budget national alloué à la SR et mobilisée auprès des bailleurs de fond	X					DCS/DAF	PSR	-	
	Taux de mobilisation de ressources pour le plan SR	100%	Diffuser l'argumentaire sur la SAJ auprès des partenaires et des parlementaires pour la mobilisation de ressources pour la SAJ	X	X				DCS/PSR	PTF	1 000	
			Faire un plaidoyer pour la mobilisation de ressources pour la SR auprès du secteur privé	X	X	X	X	X	DCS/PSR	PTF	1 500	
<b>6. Renforcer le suivi et l'évaluation des stratégies de SR</b>	Taux de complétude des rapports statistiques sanitaires sur les différents volets de la SR : Suivi de la grossesse : PF : 100% IST/VIH : 100%	100%	Mener une enquête sur les indicateurs de processus SONU	X					DCS/PSR	PTF	50000	Prendra aussi en compte les RH, les médicaments et équipements, indicateurs SR des hommes et cancers de l'appareil génital...
			Intégrer le calcul du Couple années protection pour le suivi de	X					DCS/PSR	DAF	-	Disponibilité actuelle des

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires	
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016					
SONU : 0% SAJ : 0% SR Hommes:0% VBG : 0%			l'utilisation de la contraception									données d'utilisation permet le suivi de cet indicateur	
			Réviser les outils de gestion (registres, rapports) pour disposer des données de routine sur les SONU, la PTME, la SR des hommes, les cancers (col de l'utérus, du sein, de la prostate) dans le système d'information sanitaire		X					DCS/PSR	DAF	15 000	A partir des données de base collectées dans l'enquête SONU. Les rapports sanitaires actuels ne prennent pas en compte les indicateurs SONU, SR des hommes, VBG...
			Réviser le guide de supervision intégré de SR pour prendre en compte tous les volets			X				DCS/PSR	DAF	5 000	
			Former les équipes de supervision sur ce nouveau guide			X				DCS/PSR	DAF, PTF	5 000	
			Mener une étude sur la problématique des orphelins et enfants affectés par le VIH			X				DCS/PSR	PNLS, PTF	13 000	
			Intégrer les résultats des supervisions formatives intégrées des unités de santé dans les mécanismes de performances techniques et professionnelles (Labellisation/accréditation)	X	X	X	X	X		DCS/PSR	PTF	-	
			Disséminer les rapports de supervisions des enseignants (Éducation pour la santé) entre le Ministère de l'éducation et le	X	X	X	X	X		Ministère de l'Éducation	DCS/PSR	-	Dans le cadre du comité de coordination

Objectifs	Indicateurs		Activités	Délai					Responsable	Qui impliquer (partenaires, parties prenantes)	Coût estimatif	Commentaires
	Niveau actuel (source)	Cible		2012	2013	2014	2015	2016				
			Ministère de la santé									
			Désagréger les données des adolescents et jeunes des statistiques sanitaires	X	X	X	X	X	DCS/PSR	DAF	-	
			Intégrer les données sanitaires sur les cancers (col de l'utérus, du sein, de la prostate) dans le système d'information sanitaire		X	X	X	X	DCS/PSR	DAF	-	
			Mener une étude CAP sur la SR des femmes, des hommes et des jeunes			X			DCS/PSR	PTF	25 000	
			Évaluer la stratégie de maintien des filles enceintes dans le système scolaire		X				Ministère de l'Éducation	DCS/PSR PTF	2 000	
			Mener une évaluation à mi parcours et finale du plan SR 2012-2016			X		X	DCS/PSR	PTF	30 000	
<b>TOTAL BUDGET US\$</b>										<b>US\$ 5.228.541,00</b>		
<b>TOTAL BUDGET DOBRAS</b>										<b>Dobras</b>		

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1 :

### BIBLIOGRAPHIE

1. Évaluation de la Revue À Mi parcours sur la situation économique de Sao Tomé et Príncipe, Ministère des Finances et de la Coopération Internationale, Fonds Européen de Développement, Décembre 2009.
2. Projeções Demograficas de Sao Tome e Principe no Horizonte 2025, Instituto Nacional de Estatistica
3. Inquérito Demográfico e Sanitário 2008-2009 (IDS 2008-2009) Instituto Nacional de Estatistica, Ministerio da Saúde, Sao Tomé e Principe, Measure DHS, Calverton, Maryland, USA, Julho 2010.
4. Objectifs du Millénaire pour le développement, Deuxième rapport national de suivi, Octobre 2008, PAM, UNFPA, UNICEF, OMS, PNUD
5. Multi Indicators Cluster Survey, Sao Tome and Principe, UNICEF, 1995
6. Multi Indicators Cluster Survey, Sao Tome and Principe, UNICEF, 2001
7. Multi Indicators Cluster Survey, Sao Tome and Principe, UNICEF, 2006
8. Questionario Unificado de Indicadores de Bem estar, 2005
9. Pacote Minimo, Serviços de Saude reproductiva em Sao Tome e Principe, Programa de Saude Reproductiva, Direcção dos cuidados de saude, Outubro de 2006
10. Política de saude reproductiva, Março de 2003
11. Roteiro National para acelerar a reducao da Mortalidade Materna e Neonatal, Republica Democratica de Sao Tome, Ministério da Saude, OMS, Outubro 2007
12. Enquête sur les Connaissances Attitudes et Pratiques en Santé de la reproduction chez les adolescents et jeunes, Programme national SR, 2006

13. La Stratégie nationale de santé des adolescents et jeunes et du plan stratégique 2008-2012
14. Plano estratégico multisectorial de resposta ao SIDA, 2012-2016. Draft
15. Stratégie Nationale pour l'égalité et l'équité de genre à STP 2005-2010
16. Analyse des facteurs qui sous tendent la réduction de la transmission de l'infection au VIH chez les jeunes en Afrique de l'Ouest et du Centre.
17. Évaluation rapide des Soins Obstétricaux d'Urgence, Programme National de Santé de la Reproduction, Direction des Soins de Santé, UNFPA, Juillet 2007
18. Global strategy for women and children's health, Sao Tome and Principe commitment, 2011.
19. Plan pluriannuel complet du Programme Elargi de Vaccination, 2012-2016.
20. Plano estratégico nacional de controlo de paludismo 2012-2016, PNLCP, CNE, MSAS
21. Política Nacional de alimentação, 2010, Equipa multi-sectorial, MS, OMS,
22. Projecto/Programa para: Programa Nacional de nutrição (PRONANUT), 2012-2016, Equipa multi-sectorial, MS, OMS,



## ANNEXE 2 : Liste des participants à l'élaboration du plan et à la présentation du plan

N*	Prénoms et Noms	Institutions
<b>ATELIER D'ÉLABORATION DU PLAN</b>		
1.	Manuella Ferreira	Direction des Soins de Santé/Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (DCS/MSAS)
2.	Elisabeth Carvalho	Programme Santé de la Reproduction /DCS/MSAS
3.	Helena Costa Neto	Programme Santé de la Reproduction /DCS/MSAS
4.	Vladimir Sousa	Programme Santé de la Reproduction /DCS/MSAS
5.	Ederlai Carvalho	Centre de conseil contre les violences domestiques (CACVD)
6.	Nelson Bandeira	Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
7.	Maria Rodrigues	Programme Santé de la Reproduction /DCS/MSAS)
8.	Jailça Silva Lima	Institut National pour la Promotion du Genre (INPG)
9.	Pedro Carvalho	Conseil National de la Jeunesse (CNJ)
10.	Fernando Freitas	Ministère de l'Éducation, la Culture et la Formation (MECF)
11.	Alzira Rosario	Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS)
12.	Neyda Gonsales	Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
13.	José Manuel Carvalho	UNFPA
14.	Maria Quaresma Dos Anjos	OMS
15.	Isabelle Moreira	UNFPA
16.	Belsinia Monteverde	PSR
17.	Feliciano Sousa Pontes	Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
18.	Elsa Lomba	Centre de conseil contre les violences domestiques (CACVD)
19.	Swasilene Sousa	Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
20.	Clara Sousa	Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
21.	Maria Rosario Tenjua	Caritas
22.	Pascoal Apresentacao	Direction des Soins de Santé/Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (DCS/MSAS)
23.	Arlindo Bomfin	Programme Nutrition
24.	Arlindo Carvalho	Centre National des Endemies (MSAS)

N*	Prénoms et Noms	Institutions
<b>ATELIER DE PRÉSENTATION DU PLAN</b>		
1.	Manuella Ferreira Da Costa	Direction des Soins de Santé/Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (DCS/MSAS)
2.	Elisabeth Carvalho	Programme Santé de la Reproduction /DCS/MSAS)
3.	Helena Costa Neto	Programme Santé de la Reproduction /DCS/MSAS)
4.	Vladimir Sousa	Programme Santé de la Reproduction /DCS/MSAS)
5.	Maria Rodrigues	Programme Santé de la Reproduction /DCS/MSAS)
6.	Elvira Quaresma	Centre National de SR
7.	Guiomar Costa	Fonds National des Médicaments
8.	Nikolaéva Da silva Fernandes	Secrétariat de la Jeunesse et des Sports
9.	Pedro Carvalho	Conseil National de la Jeunesse (CNJ)
10.	Bilaine Carvalho Ceita	Institut de la Jeunesse
11.	Amadeu Maia	District Sanitaire de Mé Zochi
12.	Gilberto Frota	District Sanitaire d'Água Grande
13.	José Manuel Prazeres	Région autonome de Principe
14.	Julio Luiz	District sanitaire de Caué
15.	Filomena Monteiro	District sanitaire de Lobata
16.	Amélia Lima das neves	District sanitaire de Lobata
17.	Manuel Tomé Lima	District sanitaire de Lemba
18.	Maria de Jesus	District sanitaire de Lemba
19.	José Luis Cruz	Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
20.	Paulina Mateus de Oliveira	Maternité Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
21.	Nelson Bandeira	Maternité Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
22.	Neyda Gonzalez Fernandez	Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
23.	Elsa Fernandez	Maternité Hôpital National Ayres de Menezes (HAN)
24.	Kleyts Maisa	Direction Générale de la Planification, Ministère du plan et développement
25.	Sleud de Sousa Costa	Direction Générale de la Planification, Ministère du plan et développement
26.	Fernando Freitas	Ministère de l'Éducation, la Culture et la Formation (MECF)
27.	Jailça Silva Lima	Institut National pour la Promotion du Genre (INPG)

<b>N*</b>	<b>Prénoms et Noms</b>	<b>Institutions</b>
28.	Elsa Lomba	Centre de conseil contre les violences domestiques (CACVD)
29.	Ederlai Carvalho	Centre de conseil contre les violences domestiques (CACVD)
30.	Geisel Menezes	Ministère des Finances et de la Coopération Internationale
31.	José Manuel Carvalho	UNFPA
32.	Luis Bonfim	UNICEF
33.	Carlos Trigueiros	GON Fonds Européen de Développement
34.	Victoria Dalva	UNFPA
35.	Isabelle Moreira	UNFPA