



Aidspace est un organisme indépendant de surveillance du Fonds mondial et l'éditeur du *Global Fund Observer*

P.O. Box 66869-00800, Nairobi (Kenya) Web : www.aidspace.org Courriel : info@aidspan.org
Standard : +254-20-418-0149 Télécopieur : +254-20-418-0156

Guide d'Aidspace sur les candidatures à la dixième série de propositions du Fonds mondial

Tome 2 : Le processus de demande et le formulaire de proposition

Version B : Multipays

Le 25 mai 2010

de

David Garmaise

Table des matières

Préface	5
Abréviations, sigles et acronymes	7
Chapitre 1 : Introduction et contexte	8
Objet du guide	8
Terminologie	8
Les projets qu'appuie le Fonds mondial.....	9
Contenu du guide (tome 2)	9
Chapitre 2 : Nouveautés de la dixième série	11
Flux de financement unique.....	11
Établissement des priorités	12
Propositions ciblant les populations les plus exposées au risque de VIH	13
Renforcement des systèmes communautaires.....	15
Recommandations conditionnelles du TRP	16
Critères d'examen	16
Rapport coût/bénéfices	16
Plan d'assistance technique.....	17
Autres modifications.....	17
Chapitre 3 : Renseignements généraux sur le processus de soumission de la dixième série	18
Directives pour les propositions de la dixième série	18
Processus d'élaboration d'une proposition	19
Directives sur le contenu technique des propositions.....	19
Financement disponible pour la dixième série	19
Critères de recevabilité	20
Documents et liens pertinents.....	20
Versions du formulaire de proposition	21
Où se procurer des exemplaires du formulaire de proposition et des documents annexes	22
Processus de soumission d'une proposition	23
Quelques concepts clés à utiliser dans toutes les propositions.....	25
Conseils généraux sur la façon de remplir le formulaire de proposition	26

Chapitre 4 : Conseils relatifs à des rubriques précises du formulaire de proposition de la dixième série	29
RUBRIQUE 2 : RÉSUMÉ DU CANDIDAT ET RECEVABILITÉ.....	31
2.1 Mode de fonctionnement de l'instance de coordination régionale (RCM)	31
2.1.3. Connaissances et expériences des membres en matière de questions transversales	31
2.2 Recevabilité	33
2.2.2. Processus d'élaboration de la proposition	33
2.2.3. Processus de supervision de la mise en œuvre des programmes	35
2.2.4. Processus de sélection du ou des récipiendaire (s) principal (aux).....	36
2.3 Organisation régionale.....	37
2.3.2 Connaissance et expérience de l'organisation régionale en matière de questions transversales	37
2.3.3 Partenariats avec des acteurs locaux.....	38
RUBRIQUE 3 : RÉSUMÉ DE LA PROPOSITION	39
3.1 Transition vers un flux de financement unique	39
3.3 Alignement sur les cycles existants	40
3.4 Résumé et justification de l'approche multi-pays	41
RUBRIQUE 4 : DESCRIPTION DU PROGRAMME	44
4.1 Situation actuelle des pays concernés par cette proposition	44
4.2 Profil épidémiologique régional des populations cibles	46
4.3 Principales contraintes et lacunes des systèmes de prise en charge des maladies, des systèmes de santé et des systèmes communautaires	47
4.3.1 Programme VIH dans les pays ou la région visée par cette proposition	47
4.3.2 Contraintes et lacunes	49
4.4 Stratégie de la proposition	51
4.4.1 Interventions	51
4.4.2 Remédier aux faiblesses d'une proposition précédente de catégorie 3.....	54
4.4.3 Enseignements tirés de l'expérience de mise en œuvre	56
4.4.5 Renforcement de l'égalité sociale et de l'égalité entre les sexes.....	58
4.4.6 Partenariats avec le secteur privé.....	63
4.4.8 Liens avec des ressources autres que celles du Fonds mondial.....	65
4.4.9. Stratégie destinée à atténuer les conséquences involontaires sur les systèmes de santé d'un soutien supplémentaire au programme	67
4.5. Durabilité du programme	68
4.5.1. Renforcement des capacités et des processus dans la fourniture de services VIH afin d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires et sociaux	68
4.5.2 Harmonisation avec les cadres de développement plus larges.....	70
4.5.3 Améliorer le rapport coûts/bénéfices	71
4.6. Systèmes de suivi et d'évaluation	72
4.6.1 Systèmes de mesure de l'impact et des effets.....	72
4.6.3 Liens avec les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation	73
4.6.4 Renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation	74

4.7. Capacité de mise en œuvre	75
4.7.1 Réciendaire(s) principal(aux)	75
4.7.2 Sous-réciendaire(s)	77
4.7.3 Sous-réciendaire(s) à identifier.....	80
4.7.4 Coordination entre ou parmi les maîtres d'œuvre.....	82
4.7.5 Renforcement de la capacité de mise en œuvre	83
4.8. Produits pharmaceutiques et autres produits sanitaires	85
4.8.4 Alignement sur les systèmes existants	85
4.8.5. Systèmes de stockage et de distribution	86
RUBRIQUE 5 : DEMANDE DE FINANCEMENT	87
5.1 Analyse des écarts financiers	87
5.1.1 Explication des besoins financiers et complémentarité du financement du Fonds mondial.....	87
5.1.2 Financement apporté par le candidat	88
5.1.3 Financement externe	89
5.2 Budget détaillé	90
5.4. Résumé du budget détaillé par catégorie de coût	91
5.4.1 Contexte global du budget	91
5.4.2 Ressources humaines	92
5.4.3 Autres postes représentant des dépenses importantes.....	93
5.4.4 Mesure des coûts unitaires des services et du coût-efficacité	94
RUBRIQUE 4B – RENFORCEMENT TRANSVERSAL DES SYSTÈMES DE SANTÉ (RSS) – DESCRIPTION DU PROGRAMME	95
4B.1 Description des interventions transversales de RSS.....	95
4B.2 Implication des acteurs principaux du RSS dans l'élaboration de la proposition	97
4B.3. Stratégie d'atténuation des conséquences involontaires	98
RUBRIQUE 5B : RENFORCEMENT TRANSVERSAL DES SYSTÈMES DE SANTÉ (RSS) – DEMANDE DE FINANCEMENT	99
Annexe I : Critères d'évaluation des propositions	100

Nota – Les rubriques du chapitre 4, Conseils relatifs à des rubriques précises du formulaire de proposition de la dixième série, sont exactement les mêmes que celles du formulaire de proposition de la dixième série. Le guide porte sur plusieurs questions du formulaire de la dixième série, mais pas sur toutes. Cela explique l'absence de certains numéros de rubriques dans cette partie de la table des matières.

Préface

Aidspan

Aidspan est une ONG dont le siège se situe Kenya. Sa mission est de rehausser l'efficacité de la lutte du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme en surveillant de près les activités du Fonds et de ses organismes d'exécution. Il leur fournit information, analyses et conseils, favorise le débat sur les enjeux déterminants, et milite en faveur de l'amélioration de la transparence, de la responsabilité, de l'efficacité et de l'incidence des interventions.

Aidspan publie également le *Global Fund Observer (GFO)*, un bulletin électronique qui constitue une source indépendante de nouvelles, d'analyses et de commentaires sur le Fonds mondial. Pour le recevoir sans frais, faites-en la demande par courriel receive-gfo-newsletter@aidspan.org. Vous n'avez pas à remplir la ligne de l'objet ni la boîte de texte.

Le financement d'Aidspan provient principalement de subventions accordées par des fondations. Aidspan n'accepte pas d'argent du Fonds mondial, ne fournit pas de services-conseils rémunérés et offre tous ses produits gratuitement.

Aidspan et le Fonds mondial entretiennent une relation de travail positive, mais n'ont pas de lien officiel. *Le Conseil, le personnel et les autres structures du Fonds mondial n'ont aucune influence ni aucune responsabilité à l'égard du contenu de ce guide ou de toute autre publication d'Aidspan.*

Remerciements, permissions et commentaires

Aidspan remercie ses bailleurs de fonds de l'aide qu'ils lui ont accordée pour ses activités de 2003 à 2010 : The Monument Trust, M. Albert, Ph. D. et M^{me} Monique Heijn, le Open Society Institute, Irish Aid, la Foundation for the Treatment of Children with AIDS, le ministère des Affaires étrangères de la Norvège, Merck & Co., l'ONUSIDA, Anglo American, la Glaser Progress Foundation, la John M. Lloyd Foundation, le MAC AIDS Fund, GTZ et deux donateurs privés.

L'auteur principal, David Garmaise, peut être joint par courriel à garmaise@aidspan.org et Bernard Rivers, le directeur exécutif d'Aidspan, à rivers@aidspan.org. Monsieur Garmaise travaille en Thaïlande. Au cours des cinq dernières années, il a rédigé, corédigé et révisé de nombreux documents d'Aidspan à titre d'analyste principal à temps partiel.

Le présent document peut être reproduit, imprimé ou cité, en tout ou en partie, sans permission, à condition d'inclure la mention « Tiré du *Guide d'Aidspan sur les candidatures à la dixième série de propositions du Fonds mondial*, publié dans le site www.aidspan.org/guides. »

Le guide a été traduit par Anne-Marie Mayotte du cabinet La scribe du village.

Publications d'Aidspan

Ce guide s'ajoute à plus de 12 autres publications qu'Aidspan offre gratuitement à ceux qui demandent, reçoivent ou soutiennent des subventions du Fonds mondial. Voici une liste partielle de ces documents :

- **Global Fund Observer** – Un bulletin électronique gratuit qui fournit nouvelles, analyses et commentaires à quelque 8 000 abonnés dans 170 pays. Aidspan en a

publié plus de 120 numéros au cours des six dernières années. (en anglais seulement à l'heure actuelle)

- **Guide d'Aidspan sur les candidatures à la dixième série de propositions – Tome 1 : S'y prendre tôt** (avril 2010, publié aussi en anglais, en espagnol et en russe)
- **Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan** (janvier 2010, publié aussi en anglais, en espagnol et en russe)
- **Guide d'initiation au Fonds mondial** (juillet 2009, publié aussi en anglais, en espagnol et en russe)
- **Guide d'Aidspan sur les fonctions de supervision des CCM** (mars 2009, publié aussi en anglais, en espagnol et en russe)
- **Aidspan Report: An Analysis of Global Fund Grant Ratings** (novembre 2008)
- **Aidspan Report: Do Global Fund Grants Work for Women? An Assessment of the Gender Responsiveness of Global Fund-Financed Programmes in Sub-Saharan Africa** (juillet 2008)
- **Aidspan White Paper: Scaling Up to Meet the Need: Overcoming Barriers to the Development of Bold Global Fund-Financed Programs** (avril 2008)
- **Aidspan White Paper: Providing Improved Technical Support to Enhance the Effectiveness of Global Fund Grants** (mars 2008)
- **Guide de l'Aidspan sur les candidatures à la huitième série de demandes de subvention au Fonds mondial – Tome 2 : Processus de soumission d'une demande de subvention et formulaire de proposition** (mars 2008, publié aussi en anglais et en espagnol)
- **Documents d'Aidspan sur les minipropositions** (décembre 2007, aussi disponible en anglais, en espagnol et en russe)
- **Guide d'Aidspan sur la façon d'assurer l'efficacité des CCM** (deuxième édition : septembre 2007, publié aussi en anglais et en espagnol)
- **The Aidspan Guide to Understanding Global Fund Processes for Grant Implementation – Volume 1: From Grant Approval to Signing the Grant Agreement** (décembre 2005, ancien titre *The Aidspan Guide to Effective Implementation of Global Fund Grants*)
- **Guide d'Aidspan pour une meilleure compréhension des processus de mise en œuvre des subventions du Fonds mondial – Tome 2 : Du premier décaissement au renouvellement du financement** (novembre 2007, publié aussi en anglais et en espagnol)

Téléchargements

Pour télécharger l'une de ces publications, consultez le site www.aidspan.org. Si vous n'avez pas accès au Web, mais que vous pouvez utiliser le courrier électronique, adressez une demande à publications@aidspan.org en précisant le titre du document que vous aimeriez recevoir sous forme de fichier électronique. Aidspan n'a pas les moyens d'imprimer ni de distribuer ses publications.

Abréviations, sigles et acronymes

Voici une liste des abréviations, sigles et acronymes les plus couramment employés dans ce guide :

ACT	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisine
CCM	Instance de coordination nationale
DPS	Domaine de prestation de services
FAQ	Foire aux questions
ICR	Instance de coordination régionale
Instance non CCM	Instance de coordination non CCM
IRS	Utilisation d'insecticides résiduels sur les surfaces intérieures
LLIN	Moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée
MARP	Populations les plus exposées au risque de VIH
OMD	Objectif de développement pour le millénaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OR	Organisation régionale
PR	Bénéficiaire principal
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
RSC	Renforcement des systèmes communautaires
RSS	Renforcement des systèmes de santé
S&E	Suivi et évaluation
SOUS-CCM	Instance de coordination sous-nationale
TDR	Test de diagnostic rapide
TRP	Comité technique d'examen des propositions
TSF	Centre d'assistance technique (de l'ONUSIDA)
UNICEF	Fonds international de secours à l'enfance des Nations Unies

Chapitre 1 : Introduction et contexte

Le chapitre 1 décrit l'objet et le contenu du présent guide. Il contient également des remarques terminologiques et une description des types de projets acceptés par le Fonds mondial.

Objet du guide

Le présent guide se veut utile aux organisations dont les besoins sont *moindres* que ce qui est prévu dans les directives du Fonds mondial en matière de propositions (p. ex., car il se peut qu'elles désirent simplement savoir si elles devraient envisager ou non de soumettre une demande) ainsi qu'aux organisations dont les besoins sont *plus* grands.

Sont analysés dans le guide, les facteurs inhérents à certaines des questions posées dans le formulaire de proposition de la dixième série (formulaire de proposition).

Ce guide n'a pas pour but d'indiquer au lecteur ce que doit contenir la demande qu'il compte présenter au Fonds mondial. Il vise plutôt à démystifier le processus de soumission d'une demande de subvention et à mieux préciser les attentes. Il part du principe qu'il n'y a pas de méthode universelle à suivre pour remplir le formulaire de proposition. Il encourage les candidats à exposer clairement leurs plans de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme et à constituer un dossier solide qui convaincra le Fonds mondial de la viabilité de leurs plans et de la capacité de ceux-ci à donner les résultats escomptés. Les candidats doivent en outre convaincre le Fonds mondial de leur engagement envers le plan et de leur capacité à le mettre en œuvre.

Le guide étant volumineux, il est conseillé au lecteur de ne consulter que les parties qui se rapportent à ses besoins et de ne pas tenter de le lire d'une traite, mais de s'en servir comme ouvrage de référence.

Le guide de la dixième série est publié en deux tomes. Le « Tome 1 : S'y prendre tôt » contient des renseignements qui seront utiles aux candidats au cours de la période qui précède le lancement de l'appel de propositions du Fonds mondial pour la dixième série de propositions. Certains des renseignements qu'il contient sont de nature générale et, par conséquent, peuvent s'appliquer à la plupart des séries de propositions.

Le « Tome 2 : Processus de demande et formulaire de proposition » (le présent document) renferme des directives précises sur la façon de préparer une demande et sur le formulaire de proposition de la dixième série. Il y a deux versions du tome 2 : la version A (pays seul) et la version B (multipays). **Vous lisez présentement la version B.**

Terminologie

Dans ce guide, le terme « proposition » désigne la demande de subvention soumise au Fonds mondial, tandis que le terme « programme » désigne les activités qui seraient mises en œuvre si la demande de subvention était retenue. Quant au terme « miniproposition nationale » (ou miniproposition), il sert à désigner les minipropositions soumises par les acteurs nationaux aux fins d'une éventuelle inclusion dans la proposition d'une CCM.

Le sigle ONG signifie organisation non gouvernementale, c'est-à-dire un organisme à but non lucratif exploité en dehors de la sphère du gouvernement. Les organismes

communautaires sont un type d'ONG. Aux fins du présent guide, les renvois aux ONG englobent généralement les organismes communautaires.

Dans le formulaire de proposition, le Fonds emploie le terme « récipiendaire » pour désigner les intervenants chargés de la mise en œuvre des propositions. Cependant, le terme normalisé est « bénéficiaire » et c'est celui-là que nous employons dans le guide.

Le Fonds mondial classe les propositions en cinq catégories selon leur source :

- instance de coordination nationale (CCM),
- instance de coordination sous-nationale (sous-CCM),
- instance de coordination régionale (ICR),
- organisation régionale (OR) et
- instance de coordination non CCM (instance non CCM)

Parfois, le Fonds mondial emploie le sigle CCM pour désigner non seulement les CCM, mais également les sous-CCM et les ICR. Cet emploi peut porter à confusion, mais le contexte permet généralement de clarifier la signification du sigle. Le Fonds mondial emploie en outre le terme « instance de coordination » pour désigner les CCM, les sous-CCM et les ICR. Dans le présent guide, nous donnons le même sens à ce terme.

Le Fonds mondial emploie le terme « instance non CCM » pour désigner les propositions présentées par des organisations nationales autres que la CCM et la sous-CCM. Dans le présent guide, nous donnons le même sens à ce terme.

Notez que le Fonds mondial tend à employer le sigle CCM et le terme « CCM nationale » de façon interchangeable. Dans le texte, nous n'employons habituellement que le sigle CCM, à moins que nous ne citions ou ne paraphrasions d'autres sources.

Les projets qu'appuie le Fonds mondial

Le tome 1 du guide renferme une liste de tous les types de projets que le Fonds mondial appuyait lors de la neuvième série de propositions. Aidspace a modifié cette liste pour en augmenter et améliorer les exemples, sans toutefois en changer l'esprit. Les candidats devraient consulter cette liste (annexe 3 des *Directives pour les propositions – série 10*). L'annexe comprend aussi une description des projets que le Fonds mondial n'appuie pas.

Contenu du guide (tome 2)

Le chapitre 2, Nouveautés de la dixième série, décrit les éléments du processus de demande qui sont différents de ceux des séries précédentes.

Le chapitre 3, Renseignements généraux au sujet de la dixième série, donne un aperçu des *Directives pour les propositions – série 10* du Fonds mondial, ainsi que les différentes versions du formulaire de proposition. Il indique comment se procurer des exemplaires des directives, des formulaires et des documents annexes. Vous trouverez aussi dans ce chapitre la description du processus de demande et des principes universels du Fonds en matière de propositions, ainsi que des conseils sur la façon de remplir le formulaire de proposition. Enfin, le chapitre 3 renferme de brèves remarques sur l'élaboration d'une proposition, sur les sources d'assistance technique, sur le financement de la dixième série, et sur les documents et hyperliens pertinents.

Le chapitre 4, Directives concernant des rubriques précises du formulaire de la dixième série de propositions, est le principal chapitre du guide. Il fournit des conseils sur la façon de répondre à plusieurs des questions du formulaire, mais pas à toutes. Nous y avons ajouté des extraits de propositions retenues par le Comité technique d'examen des propositions (TRP). Lisez la « Remarque à l'intention du lecteur » au début du chapitre 4 pour plus d'information.

L'annexe I énonce les critères qui serviront à l'examen des propositions de la dixième série.

Remarque importante : *Afin que le guide soit véritablement utile aux candidats, nous voulions en publier le tome 2 le plus tôt possible après le lancement de la dixième série (le 20 mai 2010). Ce fut un défi de taille : nous avons peu de temps pour consulter la version définitive du formulaire de proposition, des documents annexes et des directives. Nous avons fait tout notre possible pour vous fournir des conseils pertinents malgré les délais serrés.*

Chapitre 2 : Nouveautés de la dixième série

Ce chapitre décrit les principales modifications qui distinguent le processus de la dixième série de celui des séries précédentes.

Flux de financement unique

Lors de la dixième série, les candidats pourront présenter une proposition « consolidée » au lieu d'une proposition « régulière », pour autant qu'ils soient admissibles et prêts à effectuer la transition du financement traditionnel au flux de financement unique¹. Cette nouveauté, la plus importante de la dixième série, reflète la décision du Fonds mondial de prendre le virage du financement unique par maladie et par PR.

Les candidats dont la proposition porte sur une seule maladie sont admissibles à la consolidation : a) s'ils s'occupent déjà d'au moins une autre subvention pour cette maladie; b) si l'une des autres subventions dure au moins 12 mois à compter de la date prévue du lancement du projet approuvé pour la dixième série. (Par définition, les candidats qui ne répondent pas à ces exigences ne peuvent pas passer au flux de financement unique pour la dixième série de propositions.)

Les candidats qui remplissent les exigences peuvent choisir d'effectuer la transition d'une des façons suivantes :

OPTION 1 : Effectuer la transition en présentant une proposition consolidée lors de la dixième série. Cette proposition devra consolider les nouvelles activités prévues et celles des subventions existantes portant sur la même maladie. Les candidats dont la proposition consolidée est approuvée devront signer un ou plusieurs accords de subvention de type financement unique.

OPTION 2 : Effectuer la transition au flux de financement unique lors de la négociation de l'accord de subvention pour la dixième série. En vertu de cette option, les candidats présenteront une proposition régulière pour la dixième série, en indiquant qu'ils désirent y fusionner les subventions existantes pour la même maladie à l'étape des négociations. À l'instar de l'option précédente, l'option 2 exigera la signature d'un ou de plusieurs accords de subvention de type financement unique pour chaque proposition retenue par le Fonds.

OPTION 3 : Remettre la décision à plus tard. Les candidats qui le désirent peuvent prendre le virage de la consolidation après la clôture de la dixième série. S'ils ne l'ont pas fait avant le lancement de la onzième série, le Fonds pourra leur demander de présenter une proposition consolidée s'ils prévoient participer à la série. Le Fonds prendra sa décision en fonction de la nature des propositions et de l'état des autres subventions pour la même maladie.

On remarquera que les candidats qui choisissent la transition vers le flux de financement unique lors de la dixième série (c.-à-d. les options 1 et 2) ne sont pas tenus de désigner de nouveau un bénéficiaire principal (PR) déjà en fonction. Ils peuvent : a) réaffecter les tâches existantes entre les PR désignés; b) affecter les tâches existantes à un nouveau PR; c) affecter les nouvelles tâches à un PR déjà désigné; d) affecter les nouvelles tâches à un nouveau PR – ou combiner différents choix. Cette pratique est décrite dans les directives de

¹ N.d.l.t. : Les propositions consolidées sont appelées « propositions maladie consolidées » dans les directives de la dixième série.

la dixième série. Il s'agit de renseignements importants que plusieurs lecteurs pourraient ignorer. En résumé, même si un pays signe un accord de subvention pour un financement unique par maladie et par PR, les propositions consolidées ne seront pas nécessairement mises en œuvre par le PR existant.

Incidence de l'option 1 sur l'élaboration des propositions de la dixième série :

- Les candidats doivent décrire, en les consolidant, les objectifs, les domaines de prestation de services (DPS) et les activités de la nouvelle proposition et des propositions existantes pour la même maladie et le même PR. Ils doivent, cependant, indiquer clairement s'il s'agit de nouvelles activités ou de projets existants.
- Les candidats doivent aussi décrire, le cas échéant, les changements apportés aux activités ou aux populations cibles visées par les activités en cours; le lien entre les activités nouvelles et existantes; le lien entre les activités proposées et les subventions accordées par le Fonds mondial pour d'autres maladies ou pour le renforcement des systèmes de santé; si de tels liens existent, les mesures adoptées pour éviter le chevauchement.
- Les candidats doivent fournir la liste des DPS et des activités existants qu'ils désirent consolider dans la proposition de la dixième série; justifier la consolidation ou l'absence de consolidation de chaque DPS et activité existants ainsi que le degré de consolidation de chacun; justifier les changements proposés
- Les candidats doivent décrire toute modification importante aux indicateurs et aux objectifs des subventions existantes qu'ils désirent consolider. Ils doivent également en expliquer la raison.
- Le budget devra refléter la consolidation des activités (c.-à-d. pour les activités nouvelles et existantes). Les candidats devront aussi fournir des détails (hypothèses budgétaires, coûts unitaires, etc.) pour *l'ensemble* des activités visées par la proposition consolidée de la dixième série.
- Les candidats devront décrire les indicateurs et les cibles des activités nouvelles et existantes dans le cadre de performance joint à leur proposition consolidée.

[Voir l'encadré « Conseils d'Aidspan au sujet des propositions consolidées », ci-après.]

Remarque : Le Fonds mondial recommande fortement aux candidats qui présentent une proposition sur les populations les plus exposées au risque de VIH (MARF) (voir plus bas), et qui sont à la fois admissibles et en mesure de passer au flux de financement unique, de choisir l'option 2 (transition durant la négociation de l'accord de subvention) plutôt que l'option 1 (élaboration d'une proposition consolidée).

Établissement des priorités

Si le Fonds mondial ne dispose pas de suffisamment d'argent pour subventionner toutes les propositions de la dixième série recommandées par le TRP, il se fondera sur des règles précises pour établir l'ordre dans lequel il financera les subventions restantes en fonction des fonds disponibles.

Les règles, que le Fonds mondial a modifiées dernièrement, reposent sur un indice composite qui tient compte du mérite technique de la proposition (évalué par le TRP), le degré de pauvreté et le taux de morbidité du pays. Le Fonds accorde un maximum de quatre points à chacun des trois facteurs. Vous trouverez un complément d'information sur l'indice composite dans l'article « New Prioritisation Criteria Give Less Weight to Technical

Merit » du numéro 122 du *Global Fund Observer* (GFO), à l'adresse www.aidspace.org/gfo, ainsi que dans le document *Critères de priorités pour la série 10 – Note d'information du Fonds mondial*, à la rubrique « Critères de priorité » du site www.theglobalfund.org/fr/applicationfaq/?lang=fr.

Par le passé, le Fonds mondial accordait énormément d'importance au mérite technique. Donc, lorsqu'il n'avait pas assez d'argent pour financer toutes les propositions, il établissait l'ordre de financement en fonction de ce critère et créait ensuite un indice composite.

À ce jour, toutes les propositions approuvées ont été financées. Cependant, rien ne garantit que la tendance se maintiendra pour la dixième série : ce sera une question d'équilibre entre les fonds demandés par les candidats et les fonds recueillis auprès des donateurs.

Propositions ciblant les populations les plus exposées au risque de VIH

La dixième série marque la première fois que les candidats de pays dont l'épidémie de VIH/sida est concentrée dans les populations les plus exposées au risque de VIH (MARP) peuvent demander un financement pour des activités ciblant exclusivement ces populations en vertu d'un nouveau mécanisme de financement (la réserve pour les populations les plus exposées au risque de VIH). Ce mécanisme est ouvert à tous les candidats (CCM, sous-CCM, ICR, OR et non CCM). Cela dit, les candidats doivent choisir entre une proposition MARP et une proposition régulière; ils ne peuvent pas présenter les deux types de proposition pour une même série. Ils ne peuvent pas non plus inclure un volet de renforcement des systèmes de santé (RSS) dans leur proposition MARP.

(Les candidats qui présentent une proposition MARP peuvent également présenter des propositions régulières sur la tuberculose ou le paludisme, avec ou sans volet RSS.)

Le Fonds mondial a établi des plafonds pour les propositions MARP de la dixième série. Les candidats peuvent demander jusqu'à 5 millions de dollars pour la phase 1, et jusqu'à 12,5 millions de dollars sur l'ensemble de la durée de la proposition. Les ressources affectées à la réserve pour l'ensemble des propositions sont de 75 millions de dollars pour la phase 1 et 200 millions de dollars sur toute la durée des propositions.

Conseils d'Aidspan au sujet des propositions consolidées

L'adoption du flux unique de financement est sensée. Le fait qu'un PR doive mettre en œuvre plusieurs subventions pour une même maladie crée des tracasseries administratives tant pour le PR que pour le Fonds mondial. La consolidation de plusieurs subventions en simplifie de beaucoup la gestion.

Les candidats qui sont certains de vouloir passer au financement unique lors de la dixième série gagneront beaucoup de temps lors de la négociation de l'accord de subvention s'ils choisissent l'option 1 (présentation d'une proposition consolidée) au lieu de l'option 2 (transition durant la négociation), puisque le gros du travail de consolidation sera accompli avant le début des négociations. L'option 1 pourrait, par conséquent, intéresser les candidats qui travaillent déjà à la consolidation de leurs subventions.

Cependant, Aidspan croit que la plupart des candidats ne devraient pas présenter de proposition consolidée pour la dixième série. En voici les raisons :

1. La transition vers le flux de financement unique est complexe et les directives à ce sujet se font rares à l'heure actuelle.
2. C'est la première fois que le Fonds mondial prépare un formulaire de subvention consolidée. Il faut prévoir une période de rodage.
3. L'élaboration d'une proposition consolidée complique davantage un processus déjà complexe.
4. Les candidats n'ont que trois mois – au lieu de quatre – pour préparer leurs propositions.

Les candidats admissibles qui choisissent de ne pas présenter une proposition consolidée pour la dixième série peuvent prendre le virage à un autre moment en choisissant l'option 2 (durant la négociation de l'accord de subvention) ou en choisissant l'option 3 (après la dixième série).

Le présent guide ne renferme aucun renseignement sur les rubriques du formulaire réservées aux propositions consolidées. Les délais étaient trop serrés et il n'existait aucun précédent sur lequel nous pouvions nous fonder.

Les propositions présentées dans le cadre de la réserve peuvent cibler plus d'une MARP. Selon la définition du Fonds mondial, les MARP sont :

Les populations à haut risque d'infection par le VIH qui connaissent une prévalence du VIH supérieure à la population générale, et plus particulièrement : les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes; les personnes transgenres et leurs partenaires sexuels; les professionnels du sexe, hommes, femmes et personnes transgenres, et leurs partenaires sexuels; les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels².

² Selon la FAQ publiée par le Fonds mondial, les propositions peuvent viser d'autres populations à risque. Ainsi, les candidats qui désirent travailler auprès des détenus ou des communautés d'immigrants dont la prévalence du VIH est plus élevée que dans la population générale peuvent présenter une proposition en vertu de la réserve. La FAQ souligne aussi que « les candidats devraient évidemment mettre en lumière, le cas échéant, les facteurs liés à la consommation de drogues injectables, au travail du sexe et/ou aux relations sexuelles entre hommes. » [trad. libre]

Les propositions MARP doivent satisfaire les mêmes exigences de recevabilité que les propositions régulières.

Le Fonds mondial a créé la réserve MARP pour éviter que les nouvelles règles d'établissement des priorités de financement (voir la section précédente) portent préjudice aux pays classés dans les catégories de revenu moyen inférieur et moyen supérieur qui sont aux prises avec des épidémies concentrées. Le nouvelle réserve permet donc à ces pays de présenter des propositions sans avoir à concurrencer les propositions des pays à faible revenu dont l'épidémie est généralisée³.

Lorsqu'il a annoncé la réserve, le Fonds mondial a « fortement recommandé » aux candidats de pays à revenu moyen d'inclure, dans leur proposition MARP, des preuves concrètes de l'augmentation du soutien gouvernemental pendant la durée de la proposition. Le Conseil a déclaré que le TRP tiendrait compte de ce fait au moment de formuler ses recommandations de financement.

En théorie, un candidat non CCM peut présenter une proposition MARP lors de la dixième série, même si la CCM du pays présente une proposition régulière pour le VIH/sida, puisqu'il s'agit de candidats différents. Et, en théorie, le Fonds peut les retenir toutes les deux. Cependant, la proposition MARP de la non CCM doit remplir toutes les conditions rigoureuses réservées aux propositions non CCM régulières. (Consultez la rubrique « Soumettre ou non la proposition d'une instance non CCM » du chapitre 2 du tome 1 du guide, et la nouvelle note d'information sur les propositions non CCM, à l'adresse <http://www.theglobalfund.org/fr/applicationfaq/?lang=fr>.)

Si les ressources ne suffisent pas à financer toutes les propositions MARP recommandées, le Fonds s'en remettra à des règles d'établissement des priorités de financement. La seule différence entre ces règles et celles qui s'appliquent aux propositions régulières (voir la section précédente) est l'absence du niveau de revenu dans l'indice composite. Consultez la GF/B21/DP18 dans les décisions du Conseil, à l'adresse www.theglobalfund.org/en/board/meetings/twentyfirst.

Les propositions MARP retenues qui ne peuvent pas être financées en vertu de la réserve faute de fonds seront classées avec les propositions régulières en fonction des règles de priorité qui s'appliquent au financement régulier⁴.

Le formulaire de proposition est le même, qu'il s'agisse d'une proposition MARP ou régulière. Les candidats doivent indiquer, à la première page du formulaire, s'ils présentent leur proposition en vertu de la réserve. Le Fonds mondial a publié une note d'information au sujet de la réserve, à l'adresse <http://www.theglobalfund.org/fr/applicationfaq/?lang=fr>.

Renforcement des systèmes communautaires

Le Fonds mondial accorde plus d'importance au renforcement des systèmes communautaires pour la dixième série. Le formulaire renferme une nouvelle rubrique portant sur la description des lacunes et des faiblesses des systèmes communautaires existants, ainsi que sur les moyens de les éliminer.

³ *Understanding the New HIV Funding Stream for Most-at-Risk Populations in Round 10*, Amis du Fonds mondial, Amérique latine et Caraïbes.

⁴ *Ibid.*

Le Fonds mondial a aussi mis à jour la note d'information sur le renforcement des systèmes communautaires (voir www.theglobalfund.org/fr/applicationfaq/?lang=fr). On y trouve la définition suivante :

Les systèmes communautaires sont des structures et des mécanismes gérés par les communautés, permettant à leurs membres ainsi qu'aux associations et groupes à base communautaire d'interagir, de coordonner et d'apporter leurs réponses aux défis et aux besoins affectant leurs communautés.

Enfin, le Fonds mondial a publié un cadre de renforcement des systèmes communautaires, intitulé *Community Systems Strengthening Framework*. Le document de 81 pages vise principalement une participation plus soutenue de la société civile aux activités du Fonds mondial. Les candidats qui veulent présenter de solides stratégies de renforcement communautaire trouveront sans doute la cadre utile. Ils peuvent le consulter à l'adresse www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf.

Le cadre et la note d'information susmentionnée décrivent les modalités d'intégration des activités de renforcement communautaire aux propositions présentées au Fonds mondial.

Recommandations conditionnelles du TRP

Dans le cadre de dixième série – et pour la première fois –, le TRP pourra recommander le financement d'une proposition, moyennant le retrait de certains de ses éléments. L'élimination des éléments sera sans appel.

Critères d'examen

Lors de sa réunion d'avril 2010, le Conseil du Fonds mondial a modifié certains des critères sur lesquels le TRP fonde l'examen des propositions. Ces modifications reflètent les nouvelles orientations adoptées récemment par le Fonds mondial dans différents domaines, dont l'égalité des sexes, l'orientation et l'identité sexuelles, et le renforcement des systèmes communautaires. Les critères révisés de la dixième série sont décrits à l'annexe I du présent guide.

Rapport coût/bénéfices

Le formulaire de proposition de la dixième série compte deux nouvelles questions relatives à la notion du rapport coût/bénéfices (rubriques 4.5.3 et 5.4.4). Selon la définition du Fonds mondial, le rapport coût/bénéfices « renvoie à l'utilisation des actions les plus rentables et à « l'utilisation optimale des ressources octroyées pour atteindre les objectifs visés ». Dans les directives de la dixième série, le Fonds mondial reconnaît que : « dans de nombreux contextes locaux, les mécanismes nationaux fiables de mesure du rapport coût/bénéfices sont encore inexistantes ». Par conséquent, le TRP ne pénalisera pas les candidats à la dixième série qui ne peuvent pas fournir les éléments nécessaires. Vous trouverez la note d'information de Fonds sur le sujet à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applicationfaq/?lang=fr.

Plan d'assistance technique

Les candidats dont la proposition de la dixième série est retenue devront préparer un plan d'assistance technique qui décrit avec beaucoup de précision les modalités d'assistance prévues. La préparation du plan devrait coïncider avec la négociation de l'accord de subvention. Cependant, si le contexte national ne s'y prête pas, les candidats auront jusqu'à la fin de la première année de la subvention pour présenter leur plan. Les candidats ne sont pas tenus de joindre leur plan d'assistance technique à leurs propositions (bien qu'ils le peuvent), mais ils doivent inclure un résumé du plan dans le formulaire de proposition. Ces exigences sont essentiellement les mêmes que celles qui régissent les médicaments et les produits médicaux, et le suivi et l'évaluation.

Autres modifications

Les autres modifications apportées au formulaire de proposition sont mineures. À l'instar des critères d'examen, la plupart sont liées aux nouvelles orientations adoptées par le Conseil. Voici deux exemples de ce type de modification :

- les rubriques 2.1.3 b) et 2.3.2 b) – qui portent sur les compétences et l'expérience du candidat en matière d'égalité des sexes – ont été renforcées;
- le Fonds a ajouté une question à la rubrique 4.6.2, qui porte sur les systèmes de mesure d'impact et d'effets. Les candidats doivent décrire les enquêtes, les mécanismes de surveillance et les systèmes de collecte de données de base qui serviront à mesurer les indicateurs d'impact et d'effet pertinents.

Le Fonds a également supprimé le tableau des priorités du formulaire. C'est dans ce tableau que les candidats devaient énumérer les interventions prioritaires de leur projet, et les décrire avec plus de précision.

Chapitre 3 : Renseignements généraux sur le processus de soumission de la dixième série

Ce chapitre donne un aperçu des Directives pour les propositions – série 10 du Fonds mondial, ainsi que les différentes versions du formulaire de proposition. Il indique comment se procurer des exemplaires des directives, des formulaires et des documents annexes. Vous trouverez aussi dans ce chapitre la description du processus de demande et des principes universels du Fonds en matière de propositions, ainsi que des conseils sur la façon de remplir le formulaire de proposition. Enfin, le chapitre 3 renferme de brèves remarques sur l'élaboration d'une proposition, sur les sources d'assistance technique, sur le financement de la dixième série, et sur les documents et hyperliens pertinents.

Directives pour les propositions de la dixième série

Le Fonds mondial a établi des directives sur la préparation des propositions de la dixième série (appelées « directives de la dixième série » dans le présent document)⁵. La première partie des directives fournit des renseignements généraux sur : les documents que vous devez joindre au formulaire de demande; la façon d'obtenir un formulaire de proposition et d'autres documents de la dixième série; la langue utilisée dans les propositions; les activités soutenues par le Fonds mondial; certaines des modifications apportées aux documents de la dixième série afin de refléter les nouvelles orientations adoptées récemment par le Conseil. Vous trouverez également dans cette partie la liste des notes d'information publiées par le Fonds mondial pour la dixième série, un résumé des principes directeurs du Fonds, ainsi qu'une description des étapes à suivre pour préparer une proposition solide. Enfin, cette partie explique avec précision la nature d'une proposition consolidée, les avantages d'en présenter une à l'occasion de la dixième série et la façon de la préparer.

Nous vous recommandons de lire attentivement cette section des directives avant de commencer à remplir le formulaire de proposition. Les directives de la dixième série sont publiées dans les six langues officielles de l'ONU, à savoir l'arabe, le chinois, l'anglais, le français, le russe et l'espagnol, à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applynow/?lang=fr.

La plus importante section des directives de la dixième série explique aux candidats comment remplir chaque rubrique du formulaire de proposition. À tout le moins, les candidats devraient la consulter lorsqu'ils remplissent le formulaire. Cela dit, elle renferme aussi beaucoup d'information que les candidats devraient connaître avant d'élaborer les activités qui feront l'objet de leur proposition. Nous leur recommandons donc de la lire avant même de commencer à remplir le formulaire.

L'annexe 1 des directives de la dixième série renferme une liste des pays désignés à revenu inférieur et à revenu moyen inférieur par la Banque mondiale; une liste des pays désignés à revenu moyen supérieur par la Banque mondiale et autorisés à présenter une proposition de la dixième série pour une ou plusieurs des trois maladies; une liste des petits États insulaires autorisés à présenter une proposition.

L'annexe 2 énumère les critères sur lesquels le TRP fondera son évaluation des propositions présélectionnées par le Secrétariat du Fonds. Les candidats doivent se familiariser avec ces critères avant de rédiger leur proposition.

⁵ De fait, il existe deux séries de directives très semblables : une pour les candidats pays seul et une autre pour les candidats multipays. Les deux séries sont, dans l'ensemble, très semblables. Lorsqu'il convient de faire une distinction entre les deux, nous ajoutons la mention « CPS » (candidat pays seul) ou « CM » (candidat multipays).

L'annexe 3 porte sur les types d'interventions que le Fonds mondial appuie et sur ceux qu'il n'appuie pas. L'annexe 4 décrit le mécanisme de présélection et d'examen des propositions de la dixième série. Enfin, l'annexe 5 renferme la liste des sigles, acronymes et abréviations.

Processus d'élaboration d'une proposition

Dans le tome 1 du présent guide, Aidsplan suggère aux candidats de planifier leur proposition. Le plan doit prévoir toutes les étapes à suivre concernant la rédaction, l'approbation et la présentation de la proposition, et renfermer un échéancier. Si vous n'avez pas encore lancé l'appel de minipropositions pour inclusion dans la proposition nationale, vous devez inclure cette activité dans votre plan.

L'échéancier du plan de toutes les instances de coordination doit accorder suffisamment de temps à la rétroaction et à l'approbation des membres.

Consultez le tome 1 du présent guide pour plus d'information sur le processus d'élaboration des propositions.

Directives sur le contenu technique des propositions

Le Fonds mondial ne fournit aucune directive sur le contenu technique des propositions et Aidsplan ne tente pas de le faire dans ce guide. Le tome 1 du présent guide renferme une liste d'organisations qui peuvent offrir une assistance technique aux candidats.

Financement disponible pour la dixième série

Il est loin d'être certain que le Fonds mondial aura suffisamment de ressources pour financer toutes les propositions de la dixième série recommandées par le TRP. Le Fonds a dû mettre en attente certaines propositions des huitième et neuvième séries, faute de ressources. Éventuellement, la collecte d'autres fonds lui a permis de les financer toutes. La même chose pourrait se produire maintenant : ce sera une question d'équilibre entre le coût total des propositions recommandées par le TRP et les fonds recueillis auprès des donateurs. Lors de sa réunion d'avril 2010, le Conseil du Fonds a décidé que seuls les dons recueillis en 2011 pour affectation en 2011 serviront à financer les propositions recommandées de la dixième série. (Consultez l'article « Round 10 to Be Launched on May 20 » du *GFO 122* à l'adresse www.aidsplan.org/gfo.)

La huitième série (2008) fut la plus importante de toutes, le montant total des subventions de phase 1 s'élevant à 3,1 milliards de dollars. Ce montant était de 2,2 milliards de dollars pour la neuvième série. (Ces statistiques sont antérieures aux économies d'efficacité de 10 % mandatées par le Conseil.)

Sur la base des promesses de don confirmées à l'heure actuelle, le Fonds mondial n'a pas d'argent pour financer les propositions de la dixième série. Cependant, il est en plein processus de reconstitution des ressources et les donateurs confirmeront, en octobre, le montant d'argent qu'ils prévoient remettre au Fonds au cours des trois prochaines années. Par conséquent, il y aura certainement plus d'argent pour la dixième série lorsque le Conseil approuvera les propositions à sa réunion de décembre 2010.

La détermination des ressources pour la dixième série prendra en considération les ressources non engagées disponibles au cours de la période se terminant le 31 décembre 2011. Le Fonds mondial « aspire au succès de ce processus de reconstitution, ce qui permettra le financement des propositions de la série 10 recommandées par le TRP », mais ajoute « [qu']aucune garantie concernant le niveau des ressources disponibles ne peut être donnée à ce jour ».

(Vous trouverez la version intégrale de l'énoncé du Fonds mondial sur les ressources pour la dixième série à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applicantsimplemeters/resources/?lang=fr.)

Les candidats ne devraient pas renoncer à présenter une proposition d'envergure à cause du manque de fonds. Si toutes les propositions retenues de la dixième série ne peuvent pas être financées en même temps, le Fonds suivra les règles de priorité révisées récemment par le Conseil (voir la rubrique « Établissement des priorités » du chapitre 2, Nouveautés de la dixième série). Les règles reposent sur un indice composite qui tient compte du mérite technique de la proposition (évalué par le TRP), le degré de pauvreté et le taux de morbidité du pays. Les propositions qui obtiennent la plus haute note auront la priorité; les autres seront financées en fonction de leur classement et de la disponibilité des fonds. Le montant de la demande n'est pas un critère d'établissement des priorités. Les candidats n'ont donc pas avantage à limiter le montant ou la portée de leurs propositions. De plus, si le montant total des fonds demandés en vertu de la dixième série était très élevé, il aiderait à réitérer la nécessité pour les donateurs d'augmenter leur contribution financière.

Critères de recevabilité

Tous les candidats aux séries de propositions doivent remplir certaines conditions, décrites à la rubrique « Qui peut soumettre une demande de subvention au Fonds mondial » du chapitre 2 du tome 1 du présent guide. Le Fonds mondial a publié un document intitulé *Annnonce importante pour tous les candidats de la série 10 : Recevabilité*, que vous trouverez à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applynow/?lang=fr (cliquez sur « Instructions essentielles pour les candidats de la série 10 »). Ce document incite les candidats à lire très attentivement chacun des critères associés à leur type de proposition, ce qui est particulièrement important vu les délais serrés. (Les candidats n'ont que trois mois pour présenter leurs propositions.) L'annonce renferme aussi l'avis suivant :

Veillez noter qu'en cas de non-conformité à l'une quelconque de ces exigences minima, la proposition pourra être jugée non recevable par le Secrétariat. Les propositions non recevables ne seront pas transmises au Comité technique d'examen des propositions (TRP).

Vous devez donc non seulement remplir les critères de recevabilité, mais aussi en fournir les preuves documentaires au Fonds mondial. L'annonce souligne aussi que, pendant les semaines suivant la présentation de votre proposition de la dixième série, le Secrétariat pourra vous demander des précisions additionnelles au sujet de la recevabilité de la demande. Vous devrez répondre les délais prévus, qui seront très stricts.

Documents et liens pertinents

Le Fonds mondial recommande aux candidats de prendre connaissance d'autres documents avant de remplir leurs propositions. Vous en trouverez la liste au chapitre 2 du tome 1 du présent document. Le chapitre 2 renferme également une liste de ressources et de sources

d'information destinée aux candidats qui ont besoin d'assistance technique pour élaborer leurs propositions.

De plus, le Fonds mondial a publié 17 notes d'information pour la dixième série. Ces notes portent sur les sujets suivants :

- Activités conjointes TB/VIH
- Améliorer l'efficacité de l'aide
- Améliorer le rapport coût/bénéfices
- Candidatures multipays
- Coûts unitaires des principaux produits sanitaires
- Critères de priorité
- Élargissement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
- Financement à deux voies
- Instances de coordination non nationales (non CCM)
- La question des femmes, des filles et de l'égalité des sexes
- Orientation sexuelle et identités de genre dans le contexte de l'épidémie de VIH
- Réduction des risques
- Renforcement des systèmes communautaires
- Renforcement des systèmes de santé
- Renforcement des systèmes pharmaceutiques et pharmacovigilance
- Renforcer la capacité à mettre en œuvre
- Réserve de la Série 10 pour les populations les plus exposées au risque de VIH

Le Fonds mondial a aussi publié une FAQ sur le processus de soumission de la dixième série. Vous trouverez les notes d'information et la FAQ à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applicationfaq/?lang=fr. Elles devraient, en théorie, être publiées dans les six langues officielles des Nations Unies.

Versions du formulaire de proposition

Il existe deux formulaires de proposition pour la dixième série (rubriques 1 à 5) : une pour les candidats pays seul (CCM, sous-CCM et non CCM) et une pour les candidats multipays (ICR et OR). Les deux formulaires ne sont disponibles qu'en fichiers Word.

Les fichiers Word renferment des macros, que le Fonds mondial a ajoutées pour vous aider à sélectionner les cases ou les boutons qui apparaissent sous plusieurs rubriques des formulaires.

Si vous avez un PC et si vous avez choisi des paramètres de sécurité élevés, il se peut que votre ordinateur désactive les macros dès que vous ouvrez les fichiers du formulaire. Il se pourrait aussi qu'un message apparaisse à l'écran, vous demandant si vous voulez activer les macros. Le cas échéant, nous vous suggérons de les activer, si vous le pouvez. Le fait de les activer seulement pour le formulaire ne devrait pas compromettre la sécurité informatique.

Si les macros sont désactivées, vous aurez probablement de la difficulté à cliquer sur les cases ou les boutons. En pareil cas, nous vous suggérons de taper X ou Yes – ou ce qui est demandé – aussi près que possible de la case ou du cercle pertinent. Faites aussi en sorte que la réponse soit bien visible.

Si vous utilisez le logiciel Office pour le Mac, les macros ne fonctionneront probablement pas. Consultez la marche à suivre en cas de désactivation des macros, aux paragraphes précédents.

Vous pouvez mettre en forme le texte que vous ajoutez aux fichiers Word du formulaire. Vous pouvez aussi diviser le fichier en sous-fichiers, et assembler le document de nouveau plus tard. Vous trouverez le truc utile si plusieurs personnes remplissent des rubriques différentes du formulaire. Vous pouvez aussi modifier les questions du formulaire. Cependant, nous vous le déconseillons, car ce pourrait être une source de confusion pour les membres du TRP.

Où se procurer des exemplaires du formulaire de proposition et des documents annexes

Vous pouvez télécharger des copies du formulaire en format Word dans les six langues officielles des Nations Unies sur le site Web du Fonds mondial à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applynow/?lang=fr.

Le formulaire de proposition compte quatre parties :

1. Rubriques 1 (Résumé du financement et interlocuteurs) et 2 (Résumé et recevabilité du candidat) (c.-à-d. « Rubriques 1-2 Recevabilité » sur le site Web). Les rubriques 1 et 2 sont identiques pour les demandes concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme. Même si votre demande porte sur plus d'une maladie, vous ne remplissez les rubriques 1 et 2 qu'une seule fois.
2. Rubriques 3 (Résumé de la proposition), 4 (Description du programme) et 5 (Demande de financement). Il existe une version distincte de ces rubriques pour chacune des trois maladies.
3. Rubrique 4B (Interventions transversales de renforcement des systèmes de santé (RSS) – Description du programme). Vous devez remplir cette rubrique du formulaire si votre proposition renferme des interventions de RSS. La rubrique 4B peut être intégrée à un seul volet de maladie de votre proposition.
4. Rubrique 5B (Interventions transversales de renforcement des systèmes de santé (RSS) – Demande de financement). Si vous remplissez la rubrique 4B, vous devez aussi remplir la rubrique 5B.

Le formulaire de proposition compte trois annexes obligatoires dont le Fonds mondial fournit un modèle :

- le **cadre de performance** ou le **cadre de performance consolidé**,
- la **liste des produits pharmaceutiques et sanitaires** (si la proposition en vise l'achat). Le libellé dans le site du Fonds est « Preliminary list of Pharmaceutical Products ».
- les **renseignements sur les membres** (exigés seulement des CCM et des ICR).

Il existe aussi un **formulaire de recevabilité** que certaines CCM et ICR doivent remplir, selon leur contexte. La rubrique 2 du formulaire de proposition renferme plus d'information à ce sujet.

Le cadre de performance consolidé n'est rempli que par les candidats qui présentent une proposition consolidée.

Chaque maladie a une liste des produits pharmaceutiques et sanitaires distincte.

Vous pouvez télécharger tous ces documents du site Web du Fonds mondial, à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applynow/?lang=fr. Cliquez sur « Documents de candidature » pour afficher un menu pratique ajouté par le Fonds mondial pour vous permettre d'indiquer le type de proposition que vous présentez et de produire une liste de tous les documents dont vous aurez besoin pour élaborer votre proposition. Vous pouvez même télécharger ces documents sous forme de fichiers zip.

Vous pouvez également télécharger un budget type, en format Excel, à partir de ce site. Cependant, au moment d'aller sous presse, il n'apparaissait pas dans la liste des documents de la dixième série. Vous trouverez un lien vers un budget modèle automatisé et un budget modèle partiellement automatisé à la section 5 des directives de la dixième série. Le modèle est peut-être publié aussi dans d'autres langues. L'utilisation de ce modèle est facultative.

Vous pouvez aussi vous procurer des exemplaires du formulaire de proposition, des annexes et du budget modèle en communiquant avec les bureaux locaux de l'ONUSIDA, de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). (Ces documents seront sur CD-ROM.) En cas de problème pour obtenir le formulaire de proposition, écrivez au Fonds mondial à l'adresse suivante :

Chef de l'équipe de rédaction des propositions nationales
Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
8, chemin de Blandonnet
CH-1214 Vernier - Genève
Suisse
Courriel : proposals@theglobalfund.org

Processus de soumission d'une proposition

La date limite de présentation des propositions de la dixième série est le 20 août 2010. Les candidats doivent fournir à la fois une version électronique (sur ordinateur) et une version imprimée (sur papier) du formulaire de proposition. Les deux copies doivent être identiques. La version imprimée du formulaire de proposition doit comporter toutes les signatures nécessaires.

La version électronique du formulaire rempli doit être constituée seulement de fichiers Word (pas de fichiers PDF); tandis que les annexes doivent être présentées sous forme de fichiers Excel (si le Fonds fournit des modèles Excel).

La version électronique doit parvenir au Fonds mondial pas plus tard que 12 h, heure locale de Genève, le 20 août 2010. Elle doit être transmise par courrier électronique à l'adresse proposals@theglobalfund.org.

La version imprimée de la proposition doit avoir été postée à l'adresse du Fonds mondial pas plus tard que le 20 août 2010 à 12 h, heure locale de Genève, le cachet de la poste ou d'un autre service de messagerie faisant foi. Les propositions doivent être envoyées à l'adresse suivante :

Directeur de l'équipe de rédaction des propositions nationales
Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
8, chemin de Blandonnet
CH-1214 Vernier - Genève
Suisse

Les propositions rédigées dans une six langues officielles des Nations Unies recevront toutes le même traitement. Le TRP travaille principalement en langue anglaise. Sauf si le candidat envoie au Fonds sa propre traduction en anglais de la proposition originale, le Secrétariat s'occupera de la traduction vers l'anglais. Il fera traduire tous les documents qui portent la mention « obligatoire », « supplémentaire » ou « facultatif ». Toutefois, il ne fera pas traduire en anglais les autres annexes, dont celles que le candidat a volontairement décidé d'inclure dans la proposition. Lisez le texte sur les annexes à la rubrique « Renseignements généraux sur la façon de remplir un formulaire de proposition » (ci-dessous), ainsi que la rubrique « Avant de commencer à rédiger une proposition », au début des directives de la dixième série.

Chaque candidat ne peut présenter qu'une seule proposition, qui peut cependant viser une, deux ou trois maladies. Si la proposition porte sur plus d'une maladie, le TRP étudiera chaque volet séparément.

Une proposition complète doit comprendre des copies des documents suivants :

- les **rubriques 1 et 2** dûment remplies du formulaire de proposition – seulement **une copie** par proposition;
- les **rubriques 3 à 5** dûment remplies du formulaire de proposition – une copie pour chaque maladie sur laquelle porte votre proposition;
- les **rubriques 4B et 5B** dûment remplies du formulaire de proposition (**SI** votre proposition renferme des interventions transversales de RSS pour l'une des maladies) – **seulement une** par proposition
- le **cadre de performance** ou le **cadre de performance consolidé** – une copie pour chaque maladie qui fait l'objet de votre proposition;
- la **liste des produits pharmaceutiques et sanitaires** – une copie pour chaque maladie qui fait l'objet de votre proposition (**SI** vous demandez des fonds pour acheter ces produits);
- le **budget détaillé et le plan de travail** – une copie pour chaque maladie qui fait l'objet de votre proposition; une copie **SI** vous proposez des interventions transversales de RSS;
- le **formulaire de renseignements sur les membres** (obligatoire pour toutes les ICR) – seulement une copie par proposition;
- le **formulaire de recevabilité** (obligatoire pour certaines ICR, selon leur contexte) – une copie par proposition;

ainsi que toutes les preuves de recevabilité exigées par le Fonds mondial, les autres annexes qu'il vous demande d'inclure et toute autre annexe que vous choisirez de joindre à votre proposition.

Le Secrétariat du Fonds mondial fera un examen initial des propositions pour s'assurer de leur intégralité et de leur recevabilité. Il vérifiera en outre que toutes ont été dûment signées par les membres de l'instance de coordination. Le Secrétariat pourrait communiquer avec les candidats pour obtenir des éclaircissements sur les propositions recevables. Les candidats dont les propositions sont rejetées seront avisés de ce fait et les motifs de ce rejet leur seront communiqués.

Le TRP se réunira au cours des deux dernières semaines d'octobre pour passer en revue les propositions recevables et faire des recommandations au Conseil du Fonds mondial. Le

Conseil étudiera les recommandations du TRP et prendra ses décisions de financement lors de sa réunion de décembre (les dates prévues sont du 13 au 15).

À L'AIDE!

Si vous avez des questions au sujet du formulaire de proposition ou du processus de présentation d'une proposition :

- a) Consultez la FAQ (liste des questions fréquemment posées) publiée dans les six langues officielles des Nations Unies par le Fonds mondial, à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applynow/?lang=fr. Il se peut que le Fonds mette à jour la FAQ durant la période de présentation des candidatures à la dixième série.
- b) Communiquez avec les partenaires nationaux existants et/ou obtenez les coordonnées des partenaires de la dixième série en cliquant sur « Technical Partner Information » dans le site du Fonds, à l'adresse <http://www.theglobalfund.org/fr/technicalassistance/?lang=fr>.
- c) Communiquez avec le service des propositions du Secrétariat du Fonds par le biais du site Web MonFondsMondial à l'adresse <http://myglobalfund.org/fr/> (cliquez sur l'onglet « Forums », puis sur « 10^e série de financement : posez vos questions à l'équipe des propositions ») ou en envoyant un courriel à proposals@theglobalfund.org. Le service est offert dans les six langues officielles des Nations Unies. Le Fonds dit qu'il répondra à toutes les demandes de renseignements dans un délai de cinq jours ouvrables.

Quelques concepts clés à utiliser dans toutes les propositions

Le formulaire de proposition du Fonds mondial emploie abondamment les termes « but », « objectif », « domaine de prestation de services », « activités », « indicateurs » (d'impact, d'effet, de couverture, de résultat), « données de base » et « cibles ». La plupart sont décrits à la rubrique 4.4.1 des directives de la dixième série. Voici un résumé de la signification de ces termes pour le Fonds mondial :

- Un but est une réalisation générale, souvent à l'échelon national, que vous cherchez à accomplir par l'entremise du programme pour lequel vous demandez du financement. Il découle souvent d'autres projets (par exemple, « réduire les décès liés au VIH »).
- Les objectifs sont plus précis; ils sont rattachés au but d'un programme en particulier (par exemple, « augmenter le taux de survie des personnes atteintes d'une infection à VIH avancée dans quatre provinces »).
- Les domaines de prestation de services sont les domaines de services ou de programme élargis au sein desquels les activités seront mises en oeuvre pour atteindre les objectifs (par exemple, les « traitements antirétroviraux (antirétroviraux et suivi) »).

- Les activités sont les mesures plus précises qui seront entreprises au sein de chaque domaine de prestation de services (par exemple, « élaborer un programme de suivi de traitement à l'intention des personnes à qui l'on administre des antirétroviraux »).
- Les indicateurs sont les éléments que l'on peut mesurer pour démontrer le degré de prestation de services ou de réalisation des activités ou d'atteinte des buts ou des objectifs. Les indicateurs d'impact et de résultat servent à mesurer les avantages tirés par les personnes qui reçoivent les services. Ces deux types d'indicateurs ont beaucoup en commun; les indicateurs d'impact tendent à être d'un niveau plus élevé que les indicateurs de résultat (p. ex., « les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans qui sont atteints du VIH » est un indicateur d'impact, alors que le « pourcentage de jeunes hommes et de jeunes femmes jamais mariés, âgés de 15 à 24 ans, qui n'ont jamais eu de relations sexuelles » est un indicateur de résultat). Les indicateurs de couverture mesurent le nombre de personnes rejointes par les services. Les indicateurs de rendement mesurent les résultats d'une activité (p. ex., le nombre de médicaments expédiés).
- Les niveaux de base sont les valeurs associées aux indicateurs avant la mise en oeuvre d'un programme.
- Les niveaux cibles sont les valeurs que les indicateurs devraient atteindre à différents moments pendant la durée de la proposition, selon vos prévisions, grâce à la mise en place du programme.

Conseils généraux sur la façon de remplir le formulaire de proposition

Voici quelques conseils généraux sur la façon de remplir le formulaire de proposition :

- Créez une copie de sauvegarde du formulaire de proposition vierge avant de commencer à le remplir.
- Faites régulièrement des sauvegardes pendant que vous remplissez le formulaire. Donnez un nouveau nom de fichier à chaque sauvegarde; de cette façon, si vous supprimez accidentellement du texte, vous pourrez consulter la version précédente.
- Nous vous recommandons d'ajouter une cartouche au formulaire. Les renseignements qui identifient votre proposition apparaîtront ainsi sur toutes les pages.
- **Lisez chaque question très attentivement et ne fournissez que les renseignements demandés.** En guise d'exemple, si on vous demande de décrire la manière dont votre proposition réduira la stigmatisation et la discrimination, expliquez ce que votre proposition fera pour traiter la stigmatisation et la discrimination. N'écrivez pas plusieurs paragraphes décrivant les formes que prennent la stigmatisation et la discrimination dans votre pays. **En ce qui concerne les propositions au Fonds mondial, le fait de ne pas s'en tenir à la question est la source des pires maux.**
- Lorsque le formulaire de proposition indique « une demi-page maximum » ou « une page maximum », respectez ces directives. Le TRP n'accueille pas très favorablement les textes d'une page qui en comptent trois! Si vous jugez essentiel de fournir une réponse plus détaillée que celle que le Fonds exige, nous vous suggérons de joindre une annexe au document. Notez toutefois que le TRP ne lit généralement que les principales annexes.

- Il serait peut-être utile d'ajouter une table des matières (avec les pages numérotées) au début de la section principale de votre proposition (c.-à-d. les rubriques 3 à 5). Cette initiative aidera les membres du TRP à trouver rapidement une rubrique précise de votre proposition.

Annexes

Le texte qui suit présente notre interprétation des directives en matière d'annexes que vous trouverez à la rubrique « Quels documents soumettre pour une candidature complète? » au début des directives de la dixième série.

Certains documents, dont le budget, doivent faire partie de votre demande. Le Fonds mondial les qualifie d'« obligatoires ». Vous n'aurez pas trop de difficulté à repérer ces documents; ils sont énumérés à la rubrique « Processus de soumission d'une proposition » du présent chapitre (voir plus haut) ainsi qu'au début des directives de la dixième série. Ils sont aussi mentionnés à plusieurs rubriques du formulaire de proposition et dans les différentes sections des directives de la dixième série.

Le Fonds mondial qualifie d'« additionnels » la liste des produits pharmaceutiques et sanitaires ainsi que le formulaire de recevabilité. Cependant, la liste devient obligatoire si vous demandez des fonds pour acheter ces produits. Et le formulaire de recevabilité doit être rempli par certaines instances de coordination qui évoluent dans un contexte particulier.

Le Fonds mondial emploie le terme « facultatif » pour désigner les rubriques 4B et 5B du formulaire de proposition. En fait, vous devez remplir ces rubriques si votre proposition renferme des interventions transversales de renforcement des systèmes de santé.

Tous les autres documents sont « supplémentaires », ce qui inclut les annexes que vous joignez volontairement à votre proposition. (À des fins didactiques, nous employons l'expression « annexes non sollicitées » pour les désigner, bien que nous soyons les seuls à le faire.) Vous pouvez avoir recours à ce type d'annexe lorsque vous jugez que l'espace prévu dans le formulaire de proposition ne suffit pas. Cependant, nous vous recommandons de ne pas abuser de la formule, puisque, dans le meilleur des cas, le TRP ne lira que quelques-unes des annexes. Le TRP a insisté plus d'une fois auprès des candidats pour qu'ils soulèvent les points qu'ils jugent importants dans le formulaire de proposition.

On compte aussi parmi les documents supplémentaires les annexes que le Fonds mondial exige ou recommande aux différentes rubriques du formulaire et aux sections correspondantes des directives de la dixième série. (À des fins didactiques, nous employons l'expression « annexes additionnelles » pour les désigner, bien que nous soyons les seuls à le faire.) Les annexes additionnelles ne s'appliquent pas à toutes les propositions ni à tous les candidats. Celles que vous devez fournir sont énumérées dans la liste de vérification à la fin des rubriques 2 et 5 du formulaire. (Vous remarquerez que certaines des annexes additionnelles ne sont pas mentionnées à la rubrique correspondante du formulaire de proposition ni dans les directives de la dixième série.) Aidsplan est d'avis que la plupart des annexes additionnelles sont en fait obligatoires, même si elles n'en portent pas la mention. Cela dit, nous vous recommandons de vérifier attentivement les listes de vérification pour repérer et joindre à la proposition toutes les annexes additionnelles que vous croyez pertinentes.

Le Fonds mondial demande aux candidats de numéroter les annexes, bien que cette provision ne semble pas s'appliquer aux annexes obligatoires. Nous vous recommandons de numéroter toutes les annexes supplémentaires, qu'elles soient ou non sollicitées ou additionnelles. Notez le titre et le numéro de chaque annexe à l'endroit prévu dans la

colonne de droite des listes de vérification. Nommez vos fichiers à l'avenant (titre complet ou partiel, numéro), pour faciliter la tâche au TRP. Vous trouverez à la fin des listes de vérification une section réservée aux annexes non sollicitées. Nous vous recommandons également de mentionner l'annexe jointe dans votre réponse à la question correspondante, en en indiquant le numéro et le titre complet.

Chapitre 4 : Conseils relatifs à des rubriques précises du formulaire de proposition de la dixième série

Vous trouverez dans ce chapitre des conseils d'Aidspan sur la façon de remplir le formulaire de proposition. Les conseils portent sur la majorité des rubriques. Vous trouverez plus d'information à la rubrique « À propos du chapitre 4 », ci-dessous.

À propos du chapitre 4

La présentation du chapitre 4 est différente de celle de nos autres guides sur les séries de propositions. Les anciens guides portaient sur chaque rubrique, question, etc. du formulaire de proposition. Nous y reproduisons la rubrique du formulaire et la section correspondante des directives du Fonds mondial, et y ajoutons nos propres conseils. Étant donné que la qualité des explications comprises dans le formulaire de proposition et dans les directives du Fonds s'est beaucoup améliorée au cours des dernières séries de propositions, nous avons décidé de fournir des conseils plus complets au lieu de reproduire le contenu de ces documents.

La nouvelle présentation laisse beaucoup plus de place aux extraits pertinents de propositions approuvées lors des dernières séries. Grâce à ces extraits, vous aurez une meilleure idée du fond, de la forme et du style qui devraient caractériser vos réponses. Il ne s'agit pas de plagier, mais de s'inspirer des extraits. Notez que nous avons résumé certains d'entre eux pour éviter les longueurs. Toutes les propositions officielles étant rédigées en anglais, les extraits sont des traductions libres.

Vous pouvez télécharger la version intégrale des propositions citées à partir de la page d'accueil du site Web du Fonds mondial, à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/?lang=fr. Vous y trouverez le menu déroulant « Programmes » (recherche par pays). Vous n'avez qu'à cliquer sur le nom du pays pour afficher la page pertinente du site. Au bas de la colonne de gauche, trouvez la proposition qui vous intéresse, puis cliquez sur « Télécharger » sous « Proposition originale ».

Nombre des propositions citées dans ce chapitre le sont aussi dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan*, disponible à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Le rapport mentionne aussi d'autres propositions dont le TRP a fait l'éloge. Vous trouverez des liens vers certaines de ces propositions dans les encadrés mauves « Renvois ». Le rapport d'Aidspan fournit aussi de nombreux liens vers les extraits qu'il renferme et vers la version intégrale des propositions citées.

Par le passé, certaines questions semblaient donner lieu aux digressions. Nous avons donc rédigé une liste de choses à faire et à ne pas faire (encadrés verts) pour vous aider à éviter le piège.

Nous avons tenté d'inclure le plus grand nombre possible de questions. Nous avons omis : a) celles qui sont suffisamment claires ou qui sont bien expliquées dans les directives de la dixième série; b) celles qui portent sur des sujets nouveaux que nous n'avons pas encore maîtrisés, faute de temps.

Nous n'avons pas touché aux rubriques du formulaire qui portent sur les propositions consolidées (la consolidation n'est pas obligatoire pour la dixième série), surtout parce que toutes les questions sont nouvelles et que nous n'avons pas eu le loisir de les analyser. De plus, l'élaboration d'une proposition consolidée est complexe et chronophage, et Aidspace recommande aux candidats de présenter une proposition régulière pour la dixième série (voir l'encadré sur les conseils d'Aidspace du chapitre 2, Nouveautés de la dixième série).

Si vous ne trouvez pas beaucoup de conseils sur les propositions MARP dans le chapitre 4, c'est que le formulaire est le même, qu'il s'agisse d'une proposition MARP ou d'une proposition régulière.

En ce qui concerne les rubriques 3 à 5 du formulaire, nous avons reproduit les titres employés dans la version VIH. Cela dit, les versions tuberculose et paludisme sont essentiellement identiques, exception faite du volet épidémiologique et de la liste de vérification à la fin des rubriques. Nos conseils s'appliquent aux trois maladies.

Les conseils pour les rubriques 4B et 5B du formulaire de proposition (interventions transversales de renforcement des systèmes de santé) sont groupés à la fin du présent chapitre, après les conseils pour la rubrique 5.

Nous recommandons aux futurs candidats de lire ce chapitre avec, en main, le formulaire de proposition et les directives de la dixième série. Nous avons adopté la même numérotation que celle qui figure dans ces documents. Les numéros manquants correspondent aux questions qui ne font pas l'objet du présent chapitre.

Si vous désirez consulter une rubrique précise du formulaire dont traite le présent chapitre, cliquez sur le titre correspondant dans la table des matières, au début du guide. La section pertinente du guide devrait s'afficher à l'écran.

RUBRIQUE 2 : RÉSUMÉ DU CANDIDAT ET RECEVABILITÉ

2.1 Mode de fonctionnement de l'instance de coordination régionale (RCM)

2.1.3. Connaissances et expériences des membres en matière de questions transversales

Aux rubriques 2.1.3 a), b) et d), respectivement, vous devez décrire les compétences et l'expérience que possèdent les membres de l'ICR en matière de renforcement des systèmes de santé (RSS), de questions liées au genre et de programmation multisectorielle. Par le passé, les réponses des candidats étaient souvent hors sujet; ne faites pas la même erreur. Répondez d'abord à la question proprement dite. Vous pouvez toujours ajouter, après la réponse officielle, quelques lignes sur d'autres mesures de renforcement des capacités de votre ICR dans le domaine visé. Même si ces renseignements ne font pas partie de la réponse demandée, ils pourraient s'avérer utiles.

Voici comment la CCM cambodgienne a décrit les compétences et l'expérience de ses membres en matière de RSS dans sa proposition de la neuvième série :

La CCM est composée de membres chevronnés du secteur gouvernemental et des ONG. Plusieurs d'entre eux gèrent déjà des programmes, surtout dans le secteur de la santé. La CCM jouit de la participation active des partenaires du développement, dont l'OMS, la Banque mondiale et l'agence internationale de développement du Japon. Ces partenaires reconnaissent pleinement l'importance que revêt le renforcement des systèmes de santé. D'ailleurs, nombre d'entre eux sont des chefs de file du secteur de la santé du pays et ont pour mandat principal l'affectation équitable et équilibrée des ressources visant l'amélioration des résultats nationaux en matière de santé. C'est pourquoi ces partenaires connaissent bien les enjeux des systèmes de santé. Pour eux, l'urgence que représente la réduction des taux de morbidité exige un solide leadership et des systèmes de santé efficaces, et la mise en place des moyens nécessaires. De plus, la participation à la CCM de représentants de l'ONUSIDA et de gestionnaires des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme crée un bassin d'expertise sur le RSS et sur chacune des trois maladies. Cela fait en sorte que le soutien au RSS améliorera éventuellement la lutte contre les trois maladies infectieuses et vice versa.

Voici comment la CCM du Myanmar a décrit les compétences et l'expérience de ses membres en matière d'égalité des sexes dans sa proposition de la neuvième série :

Nombre des membres de la CCM possèdent à la fois compétences et expérience en matière d'égalité des sexes, de minorités sexuelles et d'adolescents et adolescentes dans le contexte a) de l'accès au savoir et aux compétences et b) de la vulnérabilité sur le plan de la santé, y compris les risques d'infection aux trois maladies. La CCM est composée d'intervenants de nombreux milieux, dont les populations affectées, les organisations de la société civile, les organisations d'aide aux femmes et aux enfants, les organisations internationales et le gouvernement. Certains membres ont participé activement à l'adaptation des systèmes, programmes et services de santé aux besoins des femmes et des adolescents des deux sexes (p. ex., l'UNICEF, l'OMS, Population Services International (PSI), Marie Stopes International, Myanmar Women's Affairs Federation, Myanmar Maternal and Child Welfare Association). D'autres savent adapter les programmes aux minorités sexuelles, dont les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, et aux travailleuses du sexe, en plus d'être intervenus pour mobiliser et renforcer les organisations communautaires afin

qu'elles soient davantage en mesure d'influencer les systèmes de santé et les fournisseurs de services (p. ex., Marie Stopes International, PSI, Save the Children).

Notre examen des propositions approuvées lors des dernières séries a révélé que très peu de candidats ont décrit adéquatement les compétences et l'expérience des membres des ICR ou des CCM en matière de programmation multisectorielle. Pourtant, il aurait suffi de nommer les membres ayant des compétences et de l'expérience en la matière, et de décrire brièvement leurs capacités. Les extraits suivants, tirés de propositions de la Mongolie et de la Bosnie-Herzégovine, sont de bons modèles :

Deux membres de la CCM occupent des fonctions multisectorielles : le doyen du contentieux du secrétariat du conseil des ministres du gouvernement mongolien, et le président du secrétariat du comité national de lutte contre le sida au cabinet du vice-premier ministre. De plus, les représentants à la CCM des agences onusiennes – et plus particulièrement ceux de l'Unicef, de l'ONUSIDA et du FNUAP – possèdent de l'expérience en planification et en programmation multisectorielles [...]

Les partenaires de la CCM ont participé à différents exercices de planification multisectorielle : l'élaboration du cadre stratégique de Bosnie-Herzégovine pour la prévention et le contrôle du VIH/sida; l'élaboration du plan stratégique de lutte contre la pauvreté, 2004-2007; la coordination de nombreuses propositions présentées au Fonds mondial.

Si les membres de votre ICR possèdent trop peu de connaissances et d'expérience dans un des trois domaines susmentionnés, dites-le et décrivez les mesures que compte prendre l'ICR pour renforcer leurs capacités.

À FAIRE

- Décrivez les compétences et l'expérience des membres de l'ICR dans les trois domaines qui font l'objet de cette question du formulaire.
- Le cas échéant, donnez des exemples de l'expérience que l'ICR a acquise en élaborant des programmes multisectoriels pour des propositions de séries antérieures.
- Si l'ICR a offert une formation à ses membres, mentionnez-le si c'est pertinent.

À NE PAS FAIRE

- Ne parlez pas de la représentation multisectorielle à l'ICR. Ça n'a rien à voir avec la capacité qu'ont les membres de concevoir des programmes multisectoriels.
- Ne décrivez pas la nouvelle stratégie en matière d'égalité des sexes qu'a adoptée le ministère de la Santé. C'est hors sujet.
- Ne dites pas que votre ICR accorde de l'importance au dossier de l'égalité entre les sexes : le Fonds tient pour acquis que toutes les ICR s'intéressent à la question.

2.2 Recevabilité

2.2.2. Processus d'élaboration de la proposition

Il s'agit de la première d'une série de questions sur la conformité de votre ICR aux critères minimum établis par le Fonds mondial. Le comité de présélection peut juger qu'une ICR n'est pas admissible même si elle ne déroge que d'un seul critère minimum.

La question porte sur trois mécanismes précis : a) l'appel de minipropositions, b) l'examen des minipropositions et c) la participation d'individus et d'intervenants qui ne sont pas membres de l'ICR à l'élaboration de la proposition. Certains aspects du point c) et des points a) et b) se recoupent. Ainsi, si vous préférez intégrer les trois points à votre réponse, cela devrait se révéler parfaitement acceptable. Toutefois, les directives qui suivent sont classées par point.

a) Lancement de l'appel de minipropositions

Voici comment la CCM du Kazakhstan a répondu dans une proposition de la septième série :

Nous avons annoncé l'appel de minipropositions dans les grands quotidiens nationaux [liste des quotidiens] en kazakh et en russe [copie de l'annonce en annexe]. Les lecteurs qui désiraient répondre à l'appel ou obtenir plus d'information étaient aiguillés vers le Republican AIDS Center. Nous avons également publié le texte de l'appel et les renseignements sur la soumission d'une miniproposition sur le site Web du centre. De plus, nous avons annoncé formellement l'appel de minipropositions (par courriel ou de vive voix) aux principaux secteurs et intervenants à l'occasion de toutes les grandes manifestations tenues durant la période de lancement de la septième série de propositions du Fonds.

b) Examen des minipropositions

Si l'ICR a nommé un comité d'examen, vous devriez décrire : a) la composition du comité, b) le fonctionnement du comité, et c) le rôle joué par l'ensemble de l'ICR dans le processus (le cas échéant). D'après les critères minimums pour les ICR et les CCM, des acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'instance de coordination doivent participer au processus d'examen. Si le comité établi par l'ICR comptait des membres non ICR, vous devez fournir des explications et décrire le processus de sélection qui a mené à leur nomination. Si le comité n'incluait pas de membres non ICR, vous devez décrire tout autre processus utilisé pour permettre aux intervenants non représentés au sein de l'ICR de participer au processus d'examen.

Si un autre processus a été utilisé pour examiner les minipropositions, par exemple une mesure autre que l'établissement d'un comité, vous devriez le décrire.

Si vous avez établi des critères d'examen des minipropositions, vous devez le mentionner à cette étape. Vous voudrez peut-être décrire la manière dont les critères ont été déterminés, surtout s'ils ont été élaborés avec la participation de nombreux intervenants. De même, si un système de cotes a été établi pour noter les minipropositions, décrivez-le brièvement et expliquez la manière dont il a été élaboré.

Renvois

Côte d'Ivoire – VIH et tuberculose (9),
Honduras – VIH et tuberculose (9)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le point fort n° 13.

Vous pouvez joindre en annexe tout document décrivant le processus d'examen, y compris les cadres de référence du comité d'examen, les critères utilisés pour étudier les minipropositions et le système de cotes servant à évaluer les propositions.

Voici comment la CCM de Mongolie a décrit le mécanisme d'examen dans sa proposition de la neuvième série :

Les trois membres de l'équipe d'examen indépendante ont évalué tous les exposés conceptuels, en se fondant sur cinq grands critères comprenant plusieurs éléments : 1) la solidité de la démarche; 2) la mesure dans laquelle les activités proposées reflètent les priorités et les lacunes déjà déterminées; 3) les capacités techniques; 4) les partenariats; 5) la viabilité, le rapport coût-efficacité, le contexte social et d'autres considérations du même genre. Chaque évaluateur a accordé une note pour chaque critère, pondérée en fonction de l'importance relative du critère. L'équipe a ensuite consolidé toutes les notes pour obtenir le score total de chaque candidat [fiche d'évaluation jointe en annexe]. Les critères et leur importance relative ont été déterminés avant le lancement de l'appel d'exposés conceptuels, et diffusés auprès des candidats dans l'annonce et durant les réunions avec les intervenants. [...] Le 1^{er} mars 2009, la CCM a écrit à chaque candidat pour l'informer des résultats de l'évaluation de leur exposé. Une copie de l'évaluation était jointe à la lettre. Les notes et les remarques des évaluateurs sont susceptibles d'aider les organisations à rédiger de meilleurs exposés conceptuels et minipropositions [annexe jointe].

c) Participation d'individus et d'intervenants qui ne sont pas membres de l'instance de coordination à l'élaboration de la proposition

Comme nous l'avons mentionné, ce point et les deux points précédents font l'objet de recoupements. En décrivant les processus utilisés pour inviter et examiner les minipropositions, vous allez probablement faire référence à des intervenants qui ne sont pas membres de l'ICR. Toutefois, ce point aborde la question du processus complet d'élaboration de la proposition, qui va au-delà des phases d'invitation et d'examen. Par conséquent, vous voudrez peut-être utiliser ce point pour décrire comment les acteurs non ICR ont participé au processus visant à mettre au point la proposition finale. Les lecteurs souhaiteront peut-être se reporter aux conseils d'Aidspan sur l'élaboration des propositions, qu'ils trouveront dans le tome 1 du présent guide.

Sinon (ou en plus), vous pouvez résumer les modalités de la participation des intervenants non ICR aux mécanismes d'appel et d'examen des minipropositions, sans répéter tout ce qui a été mentionné aux points a) et b).

À NE PAS FAIRE

- Ne décrivez pas toutes les étapes que l'ICR a franchies pour rédiger sa proposition. La question porte seulement sur certaines d'entre elles.
- N'indiquez pas le nombre de minipropositions que vous avez reçues, ni le nom des donateurs, à moins que cette information aide à mieux comprendre le mécanisme d'examen des minipropositions.

2.2.3. Processus de supervision de la mise en œuvre des programmes

Voici comment la Serbie a décrit la participation des intervenants externes dans sa proposition sur la tuberculose de la neuvième série :

La participation des intervenants externes prend plusieurs formes : a) tous les dossiers pertinents de la CCM sont aussi portés à l'ordre du jour de la Republican AIDS Commission et de la National TB Commission; b) les représentants de la société civile à la CCM se réunissent régulièrement avec ceux d'organisations et de réseaux de leur secteur pour étudier les questions du jour; c) les représentants gouvernementaux à la CCM se réunissent régulièrement avec leurs supérieurs et d'autres fonctionnaires de leur ministère; d) les représentants de l'ONU à la CCM et les membres du groupe thématique sur le VIH/sida de l'Organisation portent régulièrement de nombreuses questions pertinentes à l'ordre du jour de leurs réunions conjointes. Dans plusieurs cas, la rétroaction d'organisations externes de la société civile a grandement influencé les décisions de la CCM. De plus, les comités de travail chargés par la CCM de la majorité des dossiers importants (p. ex., la désignation des SR, l'élaboration des propositions et les achats de masse) sont composés non seulement de membres de la CCM, mais aussi de représentants de nombreuses autres organisations.

Voici comment la CCM chinoise a illustré son mécanisme de supervision (point b) dans sa proposition sur la tuberculose de la septième série :

Chaque réunion de la CCM permettra de discuter et de faire le compte-rendu de l'évolution de chacune des propositions de subvention depuis la dernière réunion [...] Les groupes de travail sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme examineront les comptes-rendus avant chaque réunion [...] Ces groupes, responsables de la supervision, de l'évaluation et du suivi de la mise en œuvre du programme, s'occupent également : d'étudier les rapports d'activité semestriels du bénéficiaire principal et de lui fournir une rétroaction; d'étudier les propositions du bénéficiaire principal en cas de changements majeurs aux plans de travail et aux attributions de fonds; de procéder à une évaluation indépendante annuelle, qui prévoit des visites sur place; d'organiser d'autres visites, sans préavis.

2.2.4. Processus de sélection du ou des bénéficiaire (s) principal (aux)

Voici comment la CCM de Gambie a décrit son mécanisme de désignation des PR dans sa proposition de la neuvième série :

La CCM a chargé un groupe de travail de rédiger le texte annonçant la déclaration d'intérêt. L'annonce a été publiée dans les quotidiens à grand tirage de la Gambie trois jours par semaine, du 12 au 28 janvier 2009. La CCM a conservé les déclarations scellées en lieu sûr jusqu'à ce que le comité de direction qu'elle a créé se réunisse pour les évaluer, le 20 mars de la même année. Chaque membre du comité a accordé une note à chacune des déclarations au moyen d'une formule de pointage normalisée. Le comité a compilé, analysé et commenté les résultats, avant de soumettre ses recommandations à l'approbation de l'ensemble des membres de la CCM. Durant la plénière, les membres ont choisi, à l'unanimité, les deux candidats ayant obtenu les plus hautes notes.

2.3 Organisation régionale

2.3.2 Connaissance et expérience de l'organisation régionale en matière de questions transversales

Consultez la rubrique 2.1.3, ci-dessus.

2.3.3 Partenariats avec des acteurs locaux

Voici comment le secrétariat de la Southern African Development Community (SADC) a répondu à la question 2.3.3 a) dans sa proposition de la neuvième série. Il s'agit d'un extrait condensé.

Depuis la création de la SADC, son secrétariat participe à des consultations stratégiques sur les enjeux liés à la mobilité des populations sur le territoire. La SADC a déterminé que le VIH/sida représentait un obstacle de taille à ses activités d'intégration économique régionale. Cette prise de conscience a mené à la rédaction et à la signature d'ententes et de protocoles régionaux, continentaux et internationaux par les États membres. Le secrétariat est chargé de faire en sorte que les membres planifient leurs activités de lutte contre le VIH/sida, qu'ils en surveillent objectivement le progrès et qu'ils en fassent rapport. Les membres doivent aussi faire un bilan annuel des progrès accomplis à l'échelle régionale.

La SADC a affecté la moitié du budget de son plan d'affaires VIH/sida de 2005-2009 à la programmation transfrontalière dans les axes de transport de son territoire. Dans le cadre de ces activités, la SADC a collaboré avec d'autres organismes régionaux et internationaux. Ainsi, son secrétariat organise des interventions VIH/sida avec l'Organisation internationale pour les migrations, dont un atelier qui a rassemblé les principaux intervenants régionaux en septembre 2007. Parmi les autres activités conjointes, notons un programme de prévention et d'atténuation avec World Vision International, et un programme de prévention du VIH/sida dans le secteur des transports dans huit pays membres de la SADC avec l'Organisation internationale du travail.

Les pays que vise la proposition se prêtent à une programmation transfrontalière puisqu'ils sont tous à l'épicentre de l'épidémie mondiale de VIH, en plus d'être tous membres de la SADC. Ils ont en commun la géographie, et sont tous témoins d'une augmentation des migrations et des échanges commerciaux transfrontaliers. Il existe des liens particuliers entre l'Afrique du Sud et d'autres états de la région.

Voici un autre extrait condensé de la même proposition, qui porte sur la question 2.3.3 b) :

Le secrétariat de la SADC coordonne le dossier transfrontalier avec d'autres organismes régionaux par l'entremise de deux mécanismes établis : son forum de partenariat et son comité consultatif technique. Le forum représente tous les partenaires bilatéraux et multilatéraux de la SADC, les ONG régionales et internationales, la Pan African Business Coalition, les organisations de la société civile, les établissements de recherche et le milieu universitaire. Le comité consultatif, de nature multisectorielle, est composé d'experts sous-régionaux qui conseillent le secrétariat, les membres de la SADC, les organisations de la société civile, les personnes vivant avec le VIH/sida, les agences onusiennes, et les organisations bilatérales et multilatérales.

RUBRIQUE 3 : RESUME DE LA PROPOSITION

3.1 Transition vers un flux de financement unique

Vous devez choisir parmi trois options, ce qui est un peu compliqué. Le texte qui suit vous aidera à vous y retrouver.

SI VOUS PRÉSENTEZ UNE PROPOSITION POUR UNE MALADIE PRÉCISE ET SI VOUS VOUS OCCUPEZ DÉJÀ D'AU MOINS UNE AUTRE SUBVENTION PORTANT SUR CETTE MALADIE ET SI L'UNE DES AUTRES SUBVENTIONS DURE AU MOINS 12 MOIS À COMPTER DE LA DATE PRÉVUE DU LANCEMENT DU PROJET QUI FAIT L'OBJET DE VOTRE PROPOSITION, VOUS POUVEZ, SI VOUS LE DÉSIREZ :

- A. Présenter une proposition consolidée pour la dixième série. Le cas échéant, choisissez l'option 1. Si votre proposition consolidée est approuvée, vous devrez signer un ou plusieurs accords de subvention de type financement unique.
- B. Présenter une proposition régulière pour la dixième série, en indiquant que vous désirez passer au flux de financement unique à l'étape de la négociation de l'accord. Le cas échéant, choisissez l'option 2. Si votre proposition est approuvée, vous devrez signer un ou plusieurs accords de subvention de type financement unique.
- C. Remettre la décision à plus tard. Le cas échéant, choisissez l'option 3. Vous pourrez prendre le virage de la consolidation après la clôture de la dixième série. Si vous n'êtes pas passé au financement unique avant le lancement de la onzième série, le Fonds pourra vous demander de présenter une proposition consolidée si vous prévoyez participer à la série. Le Fonds prendra sa décision en fonction de la nature des propositions et de l'état des autres subventions pour la même maladie.

Si vous choisissez la transition vers le flux de financement unique lors de la dixième série (c.-à-d. les options 1 et 2), vous n'êtes pas tenu de désigner de nouveau un PR déjà en fonction. Comme vous le constaterez dans les directives de la dixième série, plusieurs choix s'offrent à vous. Vous pouvez : a) réaffecter les tâches existantes entre les PR désignés; b) affecter les tâches existantes à un nouveau PR; c) affecter les nouvelles tâches à un PR déjà désigné; d) affecter les nouvelles tâches à un nouveau PR – ou combiner différents choix.

Remarque : Si vous présentez une proposition pour une maladie précise ou si vous vous occupez déjà d'au moins une autre subvention portant sur cette maladie, mais qu'aucune ne dure au moins 12 mois à compter de la date prévue du lancement du projet qui fait l'objet de votre proposition, vous n'êtes pas admissible à la consolidation et vous devez choisir l'option 3.

3.3 Alignement sur les cycles existants

Voici comment la CCM de l'Indonésie a répondu au point a) de cette question dans sa proposition sur la tuberculose de la huitième série :

La subvention de la huitième série doit commencer vers le mois de juillet 2009, alors que l'exercice financier du pays est de janvier à décembre. La planification du budget national débute au milieu de 2008. Par conséquent, la date de lancement de la subvention s'intègre au cycle de planification du programme national. Le gouvernement indonésien a adopté récemment un règlement visant une plus grande harmonisation du financement externe et de l'établissement des budgets nationaux. Le gouvernement désire ainsi améliorer la transparence et l'efficacité de l'affectation des ressources. Tous les fonds, y compris le financement externe, sont inscrits au budget national.

3.4 Résumé et justification de l'approche multi-pays

Le résumé, à la rubrique 3.4 a), vous permet de résumer le volet « maladie » de votre programme. On a souvent tendance à rédiger le résumé à la toute fin, pour faire la synthèse des renseignements fournis dans l'ensemble de la proposition. Par expérience, nous trouvons au contraire qu'il est bon d'en faire une ébauche à peu près à mi-chemin du processus de rédaction de la proposition. Le fait de devoir condenser votre programme en quelques paragraphes n'a rien d'inutile. Même si vous devez le figoler jusqu'à en être complètement satisfait, votre résumé permettra à tous de bien comprendre le contenu et le message de votre proposition. Lorsque vous aurez terminé la rédaction de votre proposition, vous pourrez revenir sur votre ébauche et la modifier au besoin.

Nous résumons ici ce que le Fonds mondial vous demande d'inclure à cette rubrique du formulaire, conformément aux directives de la dixième série :

1. les principaux buts,
2. les principaux objectifs,
3. les principaux DPS,
4. les interventions et activités,
5. les populations clés ciblées,
6. les cibles (résultats prévus),
7. des renvois aux principales lacunes du programme national (rubrique 4.3.1) et aux besoins des populations clés.

Pour les numéros 4 et 5 (combinés) : a) indiquez les populations ciblées ou les interventions prioritaires ou les deux; b) expliquez pourquoi vous leur avez accordé la priorité; c) décrivez les différences en fonction du sexe et de l'âge au sein des populations cibles; d) décrivez les différents types d'organisations ou d'infrastructures dont vous aurez besoin pour rejoindre ces populations de façon équitable et efficace.

Dans certains cas, vous devrez également expliquer en quoi les interventions aideront à améliorer les résultats pour les maladies en cause. Consultez les directives de la dixième série pour plus d'information.

Les directives relatives à cette rubrique ont évolué au fil des séries de propositions. L'extrait qui suit est tiré d'une proposition sur le VIH présentée par la Chine lors de la septième série. Bien que le résumé ne soit pas complet, il demeure un bon exemple de la façon de remplir cette rubrique du formulaire de proposition.

En Chine, on estime à environ 120 millions le nombre d'immigrants, un nombre qui croît sans cesse. Dans son programme d'action, le gouvernement chinois en fait donc une priorité. Le projet sur lequel porte la présente proposition vise à améliorer la prévention et les soins offerts aux travailleurs chinois qui quittent la campagne pour la ville (*nongmingong*), lesquels représentent une importante population particulièrement vulnérable au VIH, et à établir un rapprochement avec l'ensemble de la population.

Il s'adresse aux provinces et aux villes qui accueillent le plus grand nombre de ces immigrants, dont Beijing, Shanghai et Tianjin (villes) ainsi que Guangdong, Zhejiang, Fujian et Jiangsu (provinces). Principaux centres industriels et pivots de la croissance économique du pays, ces provinces fourniront une bonne part du cofinancement dont il aura besoin pour rester viable.

Grâce à l'approche choisie, des mesures politiques seront mises en oeuvre pour assurer la qualité de la prévention et du traitement du VIH et des soins liés à cette maladie. Des services de qualité liés au VIH et aux infections transmissibles sexuellement (ITS) seront ainsi soigneusement conçus et ciblés, puis intégrés à des méthodes de développement et à des réseaux de prestation de soins de santé de plus grande portée. La priorité des services sera accordée aux zones plus à risques, à certains secteurs économiques ou en fonction du sexe. Des organismes gouvernementaux et participants, des organisations non gouvernementales (ONG) et des centres de santé communautaire assureront la prestation des services en vertu de partenariats. Le projet mobilisera des fonds, des ressources concrètes et des réseaux de prestation du secteur privé.

Voici quelques-uns des aspects innovateurs de la proposition :

- prestation de services à voies multiples grâce à la participation soutenue d'ONG et du secteur privé;
- prévention préconisant des stratégies de communication pour le changement de comportements (CCC), qui tiennent compte des caractéristiques particulières aux immigrants selon leur origine.

La trousse de prévention complète comprend de la documentation CCC et des condoms de qualité et propose des services accessibles de consultation, de dépistage et de traitement des ITS et du VIH. Grâce au projet, nous espérons également réduire la stigmatisation et la discrimination omniprésentes en Chine à l'égard de ces maladies par l'application de politiques existantes en matière de non-discrimination, de stratégies de communication efficaces et de partenariats avec le secteur privé et la société civile.

Le projet fait partie intégrante de la structure institutionnelle évolutive dont la Chine s'est dotée dans les secteurs de la santé et du VIH :

- le bénéficiaire principal est un organisme gouvernemental reconnu au pays, qui dispose de l'autorité et des moyens nécessaires pour mettre sur pied une démarche harmonisée et multisectorielle;
- le programme ajoutera une valeur technique certaine en instaurant des méthodes innovatrices et en améliorant des méthodes éprouvées afin de répondre aux besoins multiples des immigrants.

Concrètement, le programme offrira :

- des services de prévention du VIH/sida à quelque 3 200 000 immigrants vulnérables afin de cibler les comportements à risque menant à des taux très élevés d'ITS au sein des industries où ils se retrouvent;
- le traitement d'ITS à 350 000 immigrants, le dépistage du VIH et des services de consultation à 800 000 immigrants et des soins et des traitements à plus de 5 000 immigrants vivant avec le VIH/sida.

Dans ce résumé, la Chine a réussi à présenter l'ensemble de son projet de façon très concise. Elle a pu parler de sa situation épidémiologique, mentionner la portée géographique du projet, en décrire l'approche globale, présenter quelques-uns de ses aspects innovateurs, expliquer comment il cadre avec la structure du pays en matière de soins de santé et de VIH, et préciser quels en seront les résultats. La Chine a réussi ce tour de force en respectant la limite d'une page imposée lors de la septième série; le Fonds a prévu plus d'espace dans le formulaire de la dixième série.

En ce qui concerne la justification, à la rubrique 3.4 b), vous devez expliquer : a) que les pays ciblés par votre proposition représentent un regroupement naturel de pays; b) que les activités de votre proposition seront coordonnées en tenant compte des activités planifiées par les ICN nationales respectives (s'il y a lieu). Vous devez aussi expliquer : a) comment votre proposition permettra d'obtenir des résultats qu'il serait impossible d'atteindre par le

seul biais d'approches nationales; b) comment les activités que vous avez prévues complètent les plans nationaux de chaque pays concerné, et sont en harmonie avec ces plans. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter à la section intitulée « Soumettre ou non une proposition régionale » du chapitre 2 du tome 1 du présent guide.

Dans l'extrait suivant de sa proposition sur le VIH de la septième série, le REDCA+ (Central American Network of People Living with HIV/AIDS) justifie le bien-fondé d'une approche régionale visant le El Salvador, le Honduras, le Nicaragua et Panama :

Les pays d'Amérique Centrale partagent de nombreux enjeux, dont : a) la pauvreté, qui mène au sous-emploi et à la prostitution ou à la migration forcée depuis un lieu ou un pays d'origine à la recherche de nouvelles et de meilleures options de survie; b) l'accès limité à l'éducation systématique, un phénomène plus répandu chez les femmes qui, historiquement, se sont vu refuser cet accès.

La population d'Amérique Centrale est mobile en raison de la facilité avec laquelle les autorités de l'immigration permettent le passage d'un pays à l'autre, une situation qui est encore plus marquée au Honduras, au Nicaragua et au El Salvador compte tenu des ententes qui permettent la libre circulation des citoyens et des résidents étrangers dans ces pays, ce qui stimule indirectement la propagation du VIH.

Les pays cherchent des moyens de respecter les engagements qu'ils ont pris, y compris l'égalité des genres, les droits de la personne, la réduction de la pauvreté, la réduction du taux de nouvelles infections au VIH et la réduction de la mortalité mère-enfant, entre autres; par conséquent la REDCA+ croit que sa participation dans cette proposition régionale aura une influence positive sur la réalisation des engagements assumés par ces pays.

Bien que le Honduras, le Nicaragua et le El Salvador préparent des propositions pour le Fonds mondial à l'égard du VIH, ces propositions sont fortement axées sur les soins, ciblant presque exclusivement l'accès universel aux antirétroviraux, et elles ignorent largement les composantes sociales qui touchent directement et indirectement la fréquence et la prévalence de l'épidémie dans la région, attribuables à des causes comme le niveau élevé de migration dans ces pays; le taux élevé d'analphabétisme; le manque d'occasions pour trouver des sources de revenu; et les modèles sociaux et culturels dominants.

Les problèmes jugés courants dans la région incluent : a) le manque de connaissance des personnes vivant avec le sida relativement aux politiques publiques en vigueur au pays; b) les diverses violations des droits de la personne dont elles sont victimes.

Même s'il est vrai qu'une épidémie concentrée sévit actuellement dans la région, on considère également qu'il est important de renforcer, du point de vue de la collectivité, les activités visant la formation et la sensibilisation aux droits de la personne; de diffuser les politiques; et d'oeuvrer dans le but de lutter contre la discrimination et la stigmatisation qui touchent les personnes vivant avec le sida car autrement, la situation peut devenir intolérable.

Ce qui précède démontre l'importance de présenter un programme régional et d'aborder ainsi le problème avec des stratégies compatibles qui emploient une approche intégrée, afin de créer un impact plus fort à moindre coût, et aussi de rendre les personnes vivant avec le sida plus fortes et plus visibles dans la région de l'Amérique Centrale, et par le fait même, créer pour elles un rôle indispensable pour la prévention et la réduction de la propagation de la maladie.

RUBRIQUE 4 : DESCRIPTION DU PROGRAMME

4.1 Situation actuelle des pays concernés par cette proposition

Voici comment l'ICR du Pan Caribbean Partnership Against HIV/AIDS (PANCAP) a répondu à la question dans sa proposition de la neuvième série (version très condensée). Notez que le texte est divisé en trois sections qui correspondent aux trois parties de la question.

A. Besoins prioritaires des plans nationaux des pays concernés par la proposition

Chacun des 16 pays participants a adopté un plan stratégique national (PSN). Les besoins prioritaires décrits dans les PSN correspondent à ceux décrits dans le cadre stratégique régional des Caraïbes (CRSF). Ce cadre comprend six domaines d'intervention prioritaires, ainsi que des objectifs nationaux de lutte contre le VIH et la gamme de services et biens publics régionaux à l'appui de ces objectifs. Ils sont le pivot de la proposition.

Le CRSF présente une synthèse des priorités nationales actuelles. Elle est le fruit d'une analyse de tous les pays des Caraïbes. L'exercice, qui a duré deux ans, s'est terminé en 2008. Bien que la proposition n'ait pas l'envergure géographique et thématique du CRSF, elle reflète un consensus fiable au sujet des priorités, besoins et lacunes nationales. Les domaines d'intervention proposés sont fondés sur la priorité qui sous-tend les PSN et le CRSF, notamment **l'amélioration des activités de prévention du VIH et de l'accès aux services chez les populations les plus vulnérables.**

Des activités précises appuieront quatre champs d'intervention essentiels et interreliés, tous axés sur des priorités des PSN et du CRSF, à savoir : 1) combattre la stigmatisation et la discrimination qui compromettent l'efficacité des programmes d'extension; 2) promouvoir une volonté politique et institutionnelle qui élargit l'accès aux services VIH; 3) mettre à niveau les ressources humaines et les équipements de laboratoire; 4) renforcer les capacités de suivi et d'analyse de l'épidémie, ainsi que l'incidence des interventions.

B. En quoi la proposition régionale répond aux besoins/lacunes des plans nationaux

La proposition vise les besoins et lacunes prioritaires décrits dans les PSN des pays participants et dans le CRSF. Les interventions régionales doivent aussi remplir quatre autres conditions : 1) être essentielles ou particulièrement bénéfiques; 2) coïncider avec les priorités du Fonds mondial; 3) ne pas chevaucher d'autres programmes; 4) être à la mesure des capacités des ICR.

Le projet régional de la neuvième série renforcera les systèmes nationaux (sous-nationaux et communautaires) qui font augmenter la demande de services de lutte contre l'épidémie et d'atténuation de ses effets, améliorent l'accès à ces services et en rehaussent la qualité. Le projet accordera une importance particulière à l'accès équitable aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien des principales populations touchées, c'est-à-dire les jeunes hommes et les jeunes femmes, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les professionnels du sexe, les détenus, les utilisateurs de drogues, les migrants (et surtout ceux qui sont travailleurs du sexe) et les personnes vivant avec le VIH/sida.

C. Besoins transfrontaliers/régionaux essentiels auxquels cette proposition répond

Ces besoins reflètent les principales caractéristiques de la région visée par la proposition. En voici deux exemples :

a. **La migration comme vecteur du VIH** – Les mouvements de population dans les Caraïbes et vers d'autres régions ont une incidence marquée sur l'épidémie de VIH. Les personnes qui migrent pour se trouver du travail, visiter leur famille, assister aux manifestations culturelles, s'instruire, fuir la stigmatisation et la discrimination, etc. représentent une proportion élevée de l'ensemble de la population (l'une des plus élevées de la planète). À cause de ces mouvements, prédominants dans certaines sous-populations et activités (p. ex., professionnels du sexe), il est urgent d'harmoniser les politiques sanitaires et les programmes de lutte contre le VIH, particulièrement à cause de la vulnérabilité des sans-papiers au VIH et des difficultés qu'ils éprouvent à se prévaloir des services de santé.

L'influx de personnes qui parlent espagnol, portugais et créole dans les pays où l'on parle anglais et néerlandais, et de personnes qui parlent créole en République dominicaine, représente également un défi. Ce métissage linguistique se concentre principalement dans des populations qui sont rarement visées par les interventions nationales de lutte contre le VIH (p. ex., les professionnels du sexe et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes d'autres pays des Caraïbes, des professionnels du sexe de l'Amérique latine, et des hommes nord-américains et européens qui ont des relations sexuelles avec des hommes.) On estime qu'un certain nombre de professionnels du sexe est probablement victime de la traite de personnes, tandis que d'autres migrent pour des raisons économiques ou pour trouver l'anonymat. Nombre d'entre eux font la navette entre leur pays et un ou plusieurs lieux de travail. Nous proposons de mener des campagnes pilotes de sensibilisation par les pairs visant, par exemple, les quelque 6 000 Dominicains qui font l'aller-retour entre leur pays et Antigua, afin d'explorer des moyens plus efficaces d'améliorer l'accès aux services VIH de ce groupe stigmatisé, en manque de services et souvent oublié.

b. **Facteurs socioculturels : risque et stigmatisation** – La sexualité et la répression sont des leitmotifs de la culture caribéenne. Certaines pratiques sont tabou, donc cachées, les relations homosexuelles étant en tête de liste. Le sexe commercial et le sexe comme monnaie d'échange sont des pratiques plus répandues qu'on ne l'admet, comme le sont les relations avec plusieurs partenaires. Les sociétés traditionnelles des villages et des îles, où la religion et les ragots sont à l'honneur, ont tendance à ostraciser les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les professionnels du sexe et toute autre personne ouvertement sympathique à leur cause. Par conséquent, ces personnes se réfugient dans la clandestinité et ont tendance à migrer temporairement ou en permanence pour trouver l'anonymat. La discrimination peut prendre des proportions extrêmes et la violence fait souvent irruption dans certaines régions. Il est difficile de parler franchement des sujets entourant la sexualité; la population rejette l'éducation sexuelle et l'information sur les ITS. Les personnes séropositives n'échappent pas à la stigmatisation et à la discrimination : elles perdent leur emploi, leur réseau social, voire le soutien de leur famille. Les services de dépistage et de traitement ne respectent souvent pas les règles de confidentialité; c'est pour cette raison que de nombreuses personnes ayant besoin de ces services les fuient. Les préjugés sont tout aussi ancrés dans les lois, les règlements et les attitudes de certains intervenants (p. ex., lorsque les personnes atteintes du sida se voient refuser l'entrée dans les hôpitaux publics). Il est difficile de recueillir des données sur les populations vulnérables qui, conscientes des manquements aux règles de confidentialité, refusent de donner des renseignements. Les interventions régionales que nous proposons aideront à sensibiliser la population locale et accéléreront l'adoption de mesures de lutte contre la stigmatisation et ses effets paralysants.

4.2 Profil épidémiologique régional des populations cibles

La rubrique 4.2 a) a été ajoutée au formulaire de la dixième série. En ce qui concerne les rubriques 4.2 c) et d), vous trouverez dans l'encadré des renvois à des propositions de la huitième série dont le TRP a vanté le volet épidémiologique. Notez que le langage employé pour décrire les différentes populations et leur épidémiologie aux rubriques 3 à 5 n'est pas le même dans la version VIH et dans la version paludisme du formulaire de proposition.

Renvois

Indonésie – VIH (8), Mali – VIH (8),
Bolivie – paludisme (8), Arménie –
tuberculose (8), El Salvador –
tuberculose (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspace.org/aidspacepublications. Consultez le point fort n° 2.

4.3 Principales contraintes et lacunes des systèmes de prise en charge des maladies, des systèmes de santé et des systèmes communautaires

4.3.1 Programme VIH dans les pays ou la région visée par cette proposition

Voici comment la CCM du Gabon a répondu à cette question dans sa proposition sur le VIH de la huitième série. Notez que les trois sous-titres de la proposition sont identiques aux trois parties de la question.

Principales faiblesses de la mise en œuvre des stratégies actuelles de lutte contre le VIH

Depuis 1987, la volonté politique des autorités gouvernementales a permis d'élaborer plusieurs mécanismes de gestion et de coordination. Cependant, ils ne sont pas fonctionnels. Le gouvernement a élaboré et mis en œuvre un plan national de lutte contre le VIH pour 2001-2006. En janvier 2006, il a adopté une stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté qui intègre le dossier du VIH. Afin de donner un nouvel élan à la lutte nationale contre le VIH, le président de la République a créé un ministère ayant pour seule fonction la gestion du dossier du VIH. Le but de cette mesure était de renforcer la coordination des efforts et d'améliorer le programme national de lutte contre le VIH.

Mise en œuvre décentralisée : Le gouvernement a établi 12 comités ministériels et 9 comités provinciaux de lutte contre le sida et leur a donné des moyens, mais n'a pas élaboré de plan d'action.

Activités locales et communautaires : Il existe six réseaux thématiques et quatre grandes associations des principaux intervenants de la société civile qui luttent contre le sida. Mais malgré leurs efforts concertés, l'absence de ressources et de compétences techniques compromet grandement la réalisation de projets concrets.

Limites des services de prévention : Les services de PTME sont insuffisants. On a élaboré des programmes de CCC, surtout dans les écoles de Libreville et dans les capitales provinciales. Ces activités sont plus rares en milieu rural où les autorités font face à de nombreux défis, dont les contraintes géographiques.

Accès aux soins et aux traitements : Les structures en place n'ont pas les moyens techniques et financiers de répondre aux besoins. Le système de soins holistiques (santé, soutien psychosocial, éducation et protection des droits) aux orphelins et aux enfants vulnérables n'est pas encore à la hauteur de la tâche.

Surveillance épidémiologique, études comportementales et S&E : Il n'existe pas de plan national de S&E. Le système d'information est incomplet, puisqu'il n'y a pas eu d'enquête auprès de l'ensemble de la population et peu d'études comportementales (six des neuf provinces).

Égalité des sexes et droits des enfants : Les planificateurs n'ont pas tenu suffisamment compte de ces enjeux.

Les disparités et les iniquités existantes en matière de fourniture de services aux populations cibles

La proposition accorde la priorité aux plus pauvres des groupes touchés par le VIH, c'est-à-dire les femmes enceintes, les jeunes femmes et leurs bébés; les personnes vivant avec le VIH/sida; les jeunes de 10 à 24 ans qui ne vont pas à l'école; les professionnels du sexe; les orphelins et les enfants vulnérables. Voici les principaux obstacles à la prestation de services aux femmes enceintes et aux jeunes femmes :

- Les établissements n'ont pas suffisamment de ressources humaines, matérielles et financières pour le dépistage (en 2007, 60,9 % des femmes consultées avaient subi le test), le traitement des femmes enceintes séropositives et leurs nouveau-nés (des

732 femmes séropositives qui avaient subi le test, 494 ont bénéficié du traitement aux antirétroviraux) ainsi que le dépistage auprès de leurs partenaires (19,8 % des 732 femmes ayant subi le test).

- Les faiblesses du système de suivi communautaire mènent à une sous-déclaration importante des cas d'infection chez les femmes enceintes séropositives et leurs enfants (en 2007, 14 % des enfants nés des 732 mères séropositives ont été suivis pendant 18 mois et 4,3 % ont subi un test de dépistage).

De quelle façon ces faiblesses affectent-elles la réalisation des résultats visés en matière de lutte contre le VIH à l'échelle nationale

- L'incidence positive des interventions préventives et thérapeutiques auprès des personnes vivant avec le sida est moins marquée en milieu rural qu'en milieu urbain, ce qui pourrait entraîner une hausse du taux de prévalence du VIH dans les régions rurales.
- La portée des services de PTME est moins importante que prévu, surtout en ce qui concerne : le dépistage du VIH chez les femmes enceintes séropositives (732, ou 28 %, de 2 570); la prévention par traitement aux antirétroviraux (494, ou 67 %, de 732); le suivi des enfants nés de mères séropositives (103, ou 27 %, de 383 mères ayant accouché dans des établissements de santé). Cette faiblesse entraîne l'augmentation du nombre d'enfants séropositifs, ce qui représentera un très lourd fardeau pour le pays.
- La portée des interventions auprès des personnes atteintes d'ITS, des professionnels du sexe, des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, des jeunes qui ne vont pas à l'école, des porteurs et d'autres groupes est trop limitée, ce qui pourrait entraîner une augmentation du taux de prévalence du VIH dans ces populations.

Conformément aux directives de la dixième série :

- Décrivez les modalités des programmes nationaux qui permettent d'aider autant les femmes (filles) que les hommes (garçons) en fonction de leurs besoins particuliers, en plus d'aider d'autres populations clés.
- Décrivez les obstacles qui peuvent compromettre l'accès de certains groupes, dont les femmes et les filles, les populations clés et les adolescents, ou les limites géographiques (p. ex., régions éloignées, milieu urbain ou rural).

Il s'agit d'une nouvelle exigence que le Fonds mondial a ajoutée à la dixième série afin que toute l'information fournie dans les propositions renvoie aux populations cibles, particulièrement aux femmes (filles) et aux hommes (garçons).

Renvois

Gabon – VIH (8), Indonésie – VIH (8), Myanmar – VIH (9), Éthiopie – paludisme (8), Moldavie – tuberculose (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le point fort n° 3.

4.3.2 Contraintes et lacunes

Voici comment la CCM de l'Érythrée a répondu à cette question dans sa proposition sur le paludisme de la neuvième série. Notez que la CCM a énuméré clairement les faiblesses et les lacunes et qu'elle les a décrites avec concision.

Les principales faiblesses et/ou lacunes du système de santé qui compromettent la mise en œuvre des stratégies antipaludéennes actuelles sont les suivantes :

1. **Absence d'un système efficace d'aiguillage des patients.** À l'heure actuelle, il n'existe pas de protocole normalisé d'aiguillage des patients ni de mécanisme de suivi administratif. En outre, la plupart des établissements de santé manquent d'ambulances et d'autres équipements permettant l'aiguillage précoce des cas graves vers des établissements à proximité, ce qui limite considérablement leur capacité dans ce domaine. Cela fera grimper en flèche les risques de décès des malades.
2. **Ressources humaines.** Dans la plupart des cas, les établissements de santé, et plus particulièrement les postes sanitaires, sont dirigés par des infirmières auxiliaires qui n'ont pas les moyens de soigner individuellement tous les patients, surtout lorsqu'il s'agit de cas aigus. À cela s'ajoute une pénurie de personnel qui frappe particulièrement fort dans les régions éloignées.
3. **Absence de banque de données centrale.** À l'heure actuelle, les sources d'information et de données du ministère ne sont pas bien intégrées ni coordonnées. Ainsi, l'information sur le paludisme provient de trois sources [énumérées] qui ne concordent jamais, ce qui complique la planification et la mise en œuvre du programme.
4. **Absence de moyens diagnostiques dans la plupart des établissements de santé.** De tous les cas déclarés de paludisme, seuls 20 % sont confirmés par microscopie selon l'étalon de référence. L'une des raisons de ce faible pourcentage est le manque d'électricité dans les établissements de santé, et particulièrement dans les postes sanitaires.
5. **Réticences des travailleurs de la santé à l'égard des TDR.** Depuis 2007, le programme national de lutte contre le paludisme distribue la quantité nécessaire de TDR à tous les établissements de santé qui n'ont pas de microscopes. Toutefois, malgré les taux élevés de distribution, le traitement fondé sur un diagnostic fiable ne s'est pas beaucoup amélioré. Les principaux obstacles à l'utilisation des TDR pour un diagnostic et un traitement efficaces sont les suivants : les travailleurs n'ont pas confiance en l'efficacité des TDR et croient que leur administration ne fait pas partie de leurs tâches.
6. **Utilisation inefficace des données dans les établissements.** Cela s'explique principalement par le fait que le personnel des établissements ne compte pas d'agents d'information ou de travailleurs sanitaires en mesure de gérer et d'analyser les données en vue d'interventions opportunes.
7. **Faiblesse des mécanismes communautaires de déclaration.** À mesure que sera circonscrite l'épidémie de paludisme, la plupart des cas à l'échelle communautaire demeureront invisibles. Par conséquent, il faudra établir un mécanisme de détection et de déclaration précoces des cas de paludisme, sans quoi les risques de sévérité accrue et de flambées de la maladie seront élevés.
8. **Lacunes sur le plan de l'encadrement.** Le ministère de la Santé élargit la portée des services de santé dans les établissements et les communautés. À mesure que la portée et la qualité des services s'amélioreront, il faudra encadrer convenablement les mesures de lutte contre le paludisme et l'intégration de ces mesures aux

programmes pertinents. Le ministère a mis sur pied un système d'encadrement intégré qu'il devra renforcer s'il veut assurer une intervention appropriée.

À la rubrique 4.3.2, vous pouvez inclure les contraintes et les lacunes des systèmes communautaires. Puisqu'il s'agit d'une nouvelle question, nous ne pouvons pas fournir de précédents. Par contre, vous trouverez de l'information sur l'importance accrue que le Fonds mondial accorde au renforcement des systèmes communautaires (RSC) pour la dixième série au chapitre 2, Les nouveautés de la dixième série. Vous pouvez aussi consulter la note d'information à jour du Fonds sur le sujet, à l'adresse www.theglobalfund.org/documents/rounds/10/R10_InfoNote_CSS_fr.pdf. Selon cette note :

Les systèmes communautaires sont des structures et des mécanismes gérés par les communautés, permettant à leurs membres ainsi qu'aux associations et groupes à base communautaire d'interagir, de coordonner et d'apporter leurs réponses aux défis et aux besoins affectant leurs communautés.

Remarque : Il s'agit d'une des rares questions du formulaire qui mentionnent les systèmes communautaires. Cependant, vous devrez aussi inclure des objectifs et activités de RSC à la rubrique 4.4.1 (description du programme). Le Fonds mondial a rédigé, en collaboration avec différents intervenants, un document intitulé *Community Systems Strengthening Framework* (cadre 2010 du renforcement des systèmes communautaires), que vous trouverez à l'adresse www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf. Cet outil précieux vous aidera à intégrer le RSC à votre proposition.

Le document porte sur les six composantes essentielles des systèmes communautaires :

- environnements habilitants et plaidoyer,
- réseaux, liens, partenariats et coordination communautaires,
- renforcement des ressources et des capacités,
- activités communautaires et prestation de services,
- renforcement organisationnel et du leadership,
- S&E et planification.

Le document donne des exemples d'interventions et d'activités RSC groupées selon le DPS, ainsi qu'une liste partielle des indicateurs recommandés pour le RSC.

Selon le cadre de RSC :

Dans le contexte du Fonds mondial, les candidats sont incités à faire du RSC une partie intégrante de leur évaluation des programmes de lutte contre la maladie et des systèmes de santé. Le but de cet exercice est de déterminer les sphères d'activité qui ont besoin de la pleine participation des communautés pour améliorer la portée et la qualité des mécanismes de prestation de services, surtout aux groupes les plus marginalisés.

Renvois

Indonésie – VIH (8), Myanmar – VIH (9), Swaziland - paludisme (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspace.org/aidspacepublications. Consultez le point fort n° 3.

4.4 Stratégie de la proposition

4.4.1 Interventions

Cette partie de votre proposition est très importante; rédigez-la en même temps que le cadre de performance et le plan de travail, qui sont des annexes obligatoires au formulaire.

À titre d'exemple, vous pouvez présenter l'information sous forme de tableaux, à raison d'un tableau par DPS, comme dans le modèle qui suit. Le contenu technique du modèle est une adaptation de la proposition sur la tuberculose de la Chine pour la septième série.

But 1 : Réduire la morbidité et la mortalité chez les personnes atteintes de tuberculose multirésistante (TMR) en Chine			
Objectif 1 : Promouvoir la stratégie PTME dans 50 localités, dans 10 provinces de la Chine			
DPS 1.6 : Aider les patients, par l'observation directe (DOT), à suivre fidèlement leur traitement			
Indicateurs : [remplir]			
Principales activités	Autres renseignements	Responsable de la mise en œuvre	Population cible
Activité 1.6.1 : Offrir le traitement DOT de la TMR grâce à la participation de personnel sanitaire en périphérie et des incitatifs financiers pour encourager ce type de traitement		[nom du PR ou du SR]	Patients atteints de tuberculose
Activité 1.6.2 : Prévoir des indemnités de déplacement pour les patients indigents atteints de TMR afin de leur permettre de se rendre à la clinique pour recevoir leur traitement.	Tous les programmes PTME feront en sorte que chaque patient atteint de TMR reçoive des traitements DOT et rémunéreront le personnel chargé des traitements pour la prise en charge des cas. Le programme devra également prévoir des indemnités de déplacement pour les quelque 20 % des patients qui sont trop pauvres pour se rendre à la clinique.	[nom du PR ou du SR]	Patients atteints de tuberculose
Activité 1.6.3 : Offrir des services de consultation et de soutien psychologique.	Les ONG locales seront mandatées pour offrir des services de consultation et de soutien psychologique aux patients et à leur famille. Le projet stimulera également la création de groupes de patients, qui permettront de signaler rapidement ceux qui ne se conforment pas au régime thérapeutique.	[nom du PR ou du SR]	Patients atteints de tuberculose

Vous pouvez aussi présenter l'information sous forme de texte suivi, sans tableaux.

Voici un extrait abrégé de la proposition sur le VIH présentée par le Tchad à l'occasion de la huitième série de propositions :

Objectif 5 : Élargir l'accès aux centres de dépistage volontaire (CDV) à l'échelle nationale

DPS 5.1 : Dépistage et counselling – Afin d'établir l'universalité de l'accès aux traitements, chaque personne infectée doit subir un test de dépistage; c'est le seul moyen d'avoir droit à l'assurance-maladie. Nous désirons d'abord assurer l'approvisionnement en réactifs et en fournitures des 46 CDV établis pour toute la période visée par la proposition. Nous devons aussi approvisionner les 26 CDV qui seront créés d'ici la fin de la phase 3, en 2010, et les 22 CDV qui seront sur pied après la fin du financement accordé par la Banque mondiale. À la lumière des statistiques de fréquentation des CDV et de l'incidence des grandes campagnes de sensibilisation, nous estimons que, pendant la durée de la subvention, nous fournirons des services de dépistage et de counselling à 726 500 personnes de différentes collectivités]. On prévoit qu'il y aura 96 nouveaux CDV au pays [annexe 16 du cadre stratégique national (NSF); 22 sont déjà ouverts et 28 s'inscrivent dans le cadre de la phase 3. Notre proposition appuie donc la mise en activité de 46 nouveaux CDV dans tous les *house districts* : quatre d'entre eux seront des unités mobiles et 490 conseillers seront formés à tous les niveaux (central et régional). Nous désirons tous un approvisionnement régulier en réactifs et en fournitures pendant toute la durée du projet. Les autorités compétentes visiteront les établissements pour vérifier leur conformité aux directives et aux normes. Les quatre unités mobiles cibleront les populations les plus difficiles à joindre (réfugiés, personnes déplacées et nomades), et les jeunes des villes de Ndjamena et de Moundou ainsi que ceux des 11 îles du lac Tchad. C'est le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) qui coordonnera la réalisation du projet, par l'entremise du CDV principal, du APMS et du CDV appartenant à la National Alliance of Religious Members for the Fight Against AIDS in Chad (ANARET/Sida).

Principales activités du DPS 5.1

5.1.1 : Remise en activité de 46 CDV, dont 18 sont la propriété de groupes religieux, 20, d'ONG et d'associations, et 8, d'organisations publiques

5.1.2 : Création de quatre unités mobiles pour les stratégies d'extension

5.1.3 : Formation de 490 conseillers en santé

5.1.4 : Organisation d'un atelier de révision des directives à l'intention des CDV et du guide destiné aux conseillers

5.1.5 : Approvisionnement de 96 CDV

5.1.6 : Organisation d'une campagne nationale et régionale d'incitation au dépistage volontaire

Indicateur

- Nombre de personnes qui bénéficient de l'aide d'un conseiller lorsqu'elles apprennent le résultat du test de dépistage

Population cible

- Jeunes et adultes

Responsable de la mise en œuvre

- UNAD, PR de la société civile

Voici un extrait abrégé de la proposition sur la tuberculose présentée par la Thaïlande à l'occasion de la huitième série de propositions :

Objectif 1 : Viser la fourniture de traitements DOT de grande qualité

DPS 1.1 Inciter les politiciens à créer un environnement favorable à la lutte contre la tuberculose et à recueillir des fonds.

Responsables de la mise en œuvre : PR-DDC, SR-DHSS (ministère du soutien aux services de santé)

Population cible : Membres du CFCS/conseil de santé du tambon

Indicateurs: Nombre d'ententes sur la lutte contre la tuberculose conclues avec le tambon

1.1.1 Ateliers de sensibilisation à l'intention des intervenants dans le domaine de la tuberculose ou de la coinfection tuberculose-VIH des provinces et des districts

Afin d'améliorer la planification, d'élargir et de raffermir la volonté politique des dirigeants, et de favoriser la coordination entre les administrations de district, les bureaux de santé publique, les ONG et la société civile, nous recommandons la tenue d'ateliers provinciaux de sensibilisation et de planification. Les participants y ébaucheront un plan stratégique, accompagné de plans d'action et de budgets, qui favorisera la viabilité des interventions de lutte contre la tuberculose au niveau des districts. Cette activité est liée au DPS portant sur la gestion et la supervision (activités 1.3.2 et 1.3.3) en vue du suivi des plans de mise en œuvre.

1.1.2 Mobilisation du soutien des membres du comité du fonds communautaire de santé (CFCS)/conseil de santé du tambon (district secondaire) afin d'assurer le financement de la lutte contre la tuberculose dans le tambon

Le CFCS/conseil de santé du tambon est un organisme local établi qui chapeaute les interventions en santé publique de la collectivité et qui contrôle les ressources sanitaires de la localité. Les organismes qui ont sollicité le soutien des CFCS/conseils de santé du tambon pour leurs activités communautaires de lutte contre la tuberculose ont remporté beaucoup de succès; cette intervention a même été recommandée par les participants au quatrième examen du programme national de lutte contre la tuberculose. Nous nous proposons de suivre cet exemple en faisant en sorte que des représentants du mouvement de lutte contre la tuberculose siègent aux 2 648 CFCS/conseils de santé du tambon. Ces représentants auront pour mandat : de porter les enjeux entourant la tuberculose à l'ordre du jour des réunions; d'inciter leur collectivité à appuyer la lutte contre la tuberculose; d'inciter les autorités sanitaires locales à jouer un plus grand rôle dans la mise en œuvre des programmes locaux de lutte contre la tuberculose; d'appuyer la mobilisation communautaire. Afin de mener à bien cette activité, nous offrirons une formation en matière de plaider et de promotion de la lutte contre la tuberculose à deux militants de chaque tambon. Nous rédigerons une lettre d'entente que signeront les CFCS/conseils de santé du tambon pour confirmer leur collaboration aux interventions locales de lutte contre la tuberculose. Les modalités de l'entente et d'autres activités d'habilitation communautaire seront portées à l'ordre du jour des réunions régulières des CFCS/conseils de santé du tambon. **RÉSULTAT PRÉVU** : Après cinq ans, la moitié des tambons auront accepté de financer certaines activités de lutte contre la tuberculose.

Renvois

Tchad – VIH (8), Géorgie – VIH (9), Honduras – VIH (9), Maurice – VIH (8), Érythrée – paludisme (9), Swaziland – paludisme (8), Équateur – tuberculose (9), Thaïlande – tuberculose (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le point fort n° 1.

4.4.2 Remédier aux faiblesses d'une proposition précédente de catégorie 3

Voici comment la CCM du Cameroun a répondu à cette question dans sa proposition sur le paludisme de la huitième série. Les faiblesses relevées par le TRP sont en caractères gras, suivies de la description des mesures prises depuis la présentation de la proposition originale.

1. La proposition n'indique pas comment la distribution d'ITN sera maintenue et élargie pour fournir une couverture universelle (même en présence de l'utilisation d'insecticides résiduels sur les parois intérieures [IRS]) aux sous-groupes cibles ou à l'ensemble de la population.

Nous avons expliqué, dans le résumé, que l'IRS est une intervention complémentaire dans les régions relativement bien pourvues en moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (ITN/LLIN); le but est d'atteindre une synergie et de réduire rapidement les taux de transmission du paludisme. Le résumé explique aussi que nous augmenterons de 15 % par année le nombre de régions desservies, afin de couvrir tous les districts endémiques du pays et de passer graduellement à l'utilisation répandue des LLIN en vue de maintenir les progrès accomplis et de réduire encore davantage les taux de morbidité. C'est dans ce but que nous continuerons à distribuer des LLIN/ITN, même dans les régions ciblées par le programme IRS, pendant que ce programme est élargi pour réduire rapidement les taux de transmission du paludisme. Nous pourrions le faire grâce au financement consenti par différents donateurs [liste des donateurs] et à l'aide d'autres partenaires [liste des partenaires]. C'est pour ces raisons que nous tentons d'obtenir le financement nécessaire à l'élargissement du programme IRS dans le contexte de la gestion intégrée des vecteurs, en proposant deux grandes interventions complémentaires. La gestion intégrée des vecteurs, qui se fonde sur une gamme variée d'interventions souvent concomitantes et synergiques, est la stratégie de lutte contre le paludisme qu'a adoptée le Cameroun. Donc, l'élargissement du programme IRS, au lieu de remplacer le programme de distribution accélérée d'ITN, le complètera en favorisant le développement des ressources humaines et matérielles nécessaires à son succès non seulement sur le plan de la distribution, mais sur celui du traitement des moustiquaires disponibles en grand nombre au Cameroun.

2. Rien n'indique que les interventions proposées reposent sur des données recueillies sur le terrain.

Il existe des données épidémiologiques, environnementales et entomologiques d'ensemble qui nous permettent d'évaluer l'impact de programmes IRS et ITN dans toutes les régions du pays.

Comme il est mentionné à la rubrique 4.3.2 b), le Cameroun est divisé en trois grandes zones paludiques, dont on connaît bien les facteurs géoclimatiques et leur incidence sur la transmission du paludisme. On trouve aussi, à la même rubrique, la mention d'une étude sur la résistance des vecteurs. Cette étude a permis d'obtenir une représentation cartographique de la pharmacorésistance qui sert à choisir l'antipaludéen le plus efficace pour chaque région du pays.

La stratégie de contrôle des vecteurs du paludisme que privilégie actuellement la plupart des pays recommande le recours aux ITN et à l'IRS dans tous les contextes épidémiologiques de transmission du paludisme. Dans les régions de transmission stable (élevée) du paludisme – c'est le cas au Cameroun –, la stratégie explique que l'IRS peut servir à limiter rapidement la transmission dans le cadre d'une campagne ponctuelle fondée sur un fort taux d'utilisation dans la région cible. Après la baisse des taux de transmission, un programme d'IRS moins intensif peut se poursuivre dans certaines régions à risque élevé, parallèlement à l'utilisation d'autres méthodes de contrôle des vecteurs, le contrôle des parasites et la distribution de LLIN dans le cadre de la gestion intégrée des vecteurs. Notre

proposition repose sur ce principe directeur et sur le fait que l'OMS est d'avis que les programmes IRS sont indiqués dans tous les contextes épidémiologiques, y compris dans les régions à taux élevés de transmission, pour autant que les conditions locales s'y prêtent.

3. Certaines dépenses sont anormalement élevées (p. ex., l'achat de véhicules) sans que l'écart soit justifié.

Le prix des camionnettes à quatre roues motrices toutes saisons comprend les frais de dédouanement qui, par le passé, étaient assumés par le gouvernement camerounais.

4.4.3 Enseignements tirés de l'expérience de mise en œuvre

Voici comment la CCM du Cameroun a répondu à cette question dans sa proposition sur le paludisme de la neuvième série. L'information est très bien structurée et présentée sous forme de tableau.

Domaine	Enseignement	Mesures de redressement pour la neuvième série
Achat et distribution de LLIN	<ul style="list-style-type: none"> • La lenteur du système public de passation des marchés internationaux a entraîné des délais de sept ou huit mois. • Grâce à l'intégration de la distribution des LLIN et d'autres interventions sanitaires (campagne de vaccination, soins prénatals, etc.), un plus grand nombre de femmes enceintes et d'enfants de moins de cinq ans ont eu accès aux LLIN. • Le manque d'engagement communautaire a compromis la distribution des LLIN. • Les mœurs et croyances culturelles ont limité l'utilisation des LLIN chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les intervenants peuvent maintenant recourir à l'approvisionnement groupé sur une base volontaire • La distribution régulière de LLIN se poursuivra dans le cadre du programme de soins prénatals (enfants de moins de cinq ans) et des campagnes de promotion de la santé (femmes enceintes). • On renforcera les partenariats avec les organisations communautaires et de la société civile afin de favoriser la distribution et le suivi à ce palier. • On accordera une importance accrue aux activités de communication pour le changement de comportements (CCC) ainsi qu'aux activités communautaires de promotion de la lutte contre le paludisme.
Couverture TPI2	<ul style="list-style-type: none"> • La prestation insatisfaisante des services dans les établissements de santé compromet l'accès des femmes enceintes au TPI2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nous renforcerons les capacités de gestion des stocks de sulfadoxine-pyriméthamine (SP). • Nous renforcerons les activités de CCC pour convaincre un plus grand nombre de femmes de prendre des SP.
Mise en œuvre du programme IRS	<ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit d'un programme dispendieux dont la mise en œuvre exige beaucoup d'argent et de solides compétences techniques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune mesure n'est prévue. Cependant, nous prévoyons lancer le programme, là où il est possible de le faire, en vertu de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés.
Gestion des stocks	<ul style="list-style-type: none"> • À cause des lacunes du mécanisme de gestion des stocks, il a été impossible d'estimer avec justesse la quantité nécessaire de médicaments et de gérer les stocks efficacement; il y a donc eu de fréquentes ruptures de stock de SP et d'ACT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y aura renforcement des capacités de gestion des achats et des stocks à tous les paliers.

Domaine	Enseignement	Mesures de redressement pour la neuvième série
Prise en charge des cas	<ul style="list-style-type: none"> L'administration des ACT s'est faite sur des bases factices à cause de l'insuffisance des capacités diagnostiques des établissements de santé et de la pénurie de fournitures de dépistage au palier communautaire. Le fournisseur de soins de santé privilégiait les ACT non subventionnées, ce qui a augmenté les coûts de prise en charge des cas. 	<ul style="list-style-type: none"> Les établissements de santé et les intervenants communautaires ont maintenant accès aux tests de diagnostic rapides (TDR). On renseignera le personnel sanitaire et les intervenants communautaires sur la prescription des ACT. On renforcera les activités de CCC.
S&E	<ul style="list-style-type: none"> Les données produites par les différents paliers étaient soit incomplètes ou trop tardives pour appuyer le mécanisme décisionnel. Il n'y a pas eu suffisamment de missions d'encadrement. 	<ul style="list-style-type: none"> On adoptera de nouveaux outils de suivi et d'évaluation. On prévoit des activités de recherche opérationnelle et d'évaluation.
Coordination et participation des partenaires	<ul style="list-style-type: none"> Un manque de coordination des activités des partenaires a donné lieu à un chevauchement des interventions de lutte contre le paludisme. 	<ul style="list-style-type: none"> On créera un comité directeur qui sera composé de partenaires gouvernementaux et de la société civile. Le comité se réunira régulièrement.

La CCM camerounaise a mis l'accent sur les défis que comportait la réalisation des projets et sur les améliorations qu'elle compte apporter au processus dans le cadre de la neuvième série. Nous vous recommandons d'inclure plusieurs exemples de l'incidence des résultats positifs sur l'élaboration de votre proposition. Il serait bon d'expliquer les méthodes que vous avez employées pour déterminer les leçons apprises (p. ex., en menant une étude structurée).

4.4.5 Renforcement de l'égalité sociale et de l'égalité entre les sexes

Le Fonds mondial demande que les propositions renferment des stratégies et des activités portant sur l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que sur la promotion de l'égalité des sexes. Vous devez les décrire clairement à la rubrique 4.4.1 (Interventions). À la rubrique 4.4.5, vous devez les résumer. Incluez des renvois précis aux objectifs, DPS et activités décrits à la rubrique 4.4.1.

Les directives de la dixième série renferment beaucoup d'information sur la façon de répondre à cette question. Voici notre résumé des directives :

1. Proposez-vous des activités dont le but est de promouvoir l'**accès équitable** des femmes et des hommes, des filles et des garçons et d'autres populations clés au soutien social, à la protection, à l'information et aux services connexes? (Dans l'affirmative, donnez-en un aperçu.)
2. Les services seront-ils **offerts en priorité** à certains groupes? (Dans l'affirmative, justifiez-le.)
3. Comment les stratégies et les activités ciblant les groupes les plus marginalisés contribueront-elles à l'**égalité sociale**? Si c'est idoine, décrivez en quoi diffèrent les chances d'accès aux services des différentes populations (p. ex., les filles et les garçons; vous trouverez d'autres exemples dans les directives).
4. Quelles sont les stratégies et les activités qui ciblent la **stigmatisation et la discrimination**, deux obstacles potentiels à l'accès aux services? (Vous trouverez des exemples dans les directives.)
5. Quelles stratégies et activités visent à réduire les **inégalités entre les sexes** et à modifier les normes sociales qui y contribuent?
6. Quelles stratégies et activités visent à créer un environnement réglementaire et juridique favorable pour remplacer les **lois et les politiques répressives**?

Nous vous recommandons de traiter séparément de chacun des six sujets, même s'il y a chevauchement (surtout en ce qui concerne les points 1 et 3).

Expliquez, pour chacun des points :

- comment les stratégies et activités liées à l'égalité sociale et des sexes reflètent le contexte épidémiologique décrit à la rubrique 4.2;
- comment les stratégies et activités liées à l'égalité sociale et des sexes aident-elles à éliminer les faiblesses, les lacunes et les inégalités décrites à la rubrique 4.3;
- comment la stratégie proposée aidera-elle les populations qui peuvent avoir de la difficulté à recevoir des services, dont les femmes et les filles, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transgenres et les utilisateurs de drogues injectables.

Vous pouvez aussi décider de regrouper plus d'un point.

Les extraits qui suivent sont tirés de plusieurs propositions présentées dans le cadre de séries antérieures. Notez que les directives du Fonds mondial en la matière ont évolué au fil des ans. Ainsi, c'est la première fois que le Fonds demande aux candidats d'inclure, dans cette réponse, des renvois au contexte épidémiologique, et aux faiblesses et lacunes.

Voici comment la CCM de Maurice a décrit le point 1 (**accès équitable**) dans sa proposition sur le VIH de la huitième série :

Cette proposition vise à élargir les services de prévention en les rendant accessibles aux utilisateurs de drogues injectables, aux professionnels du sexe, aux migrants, aux enfants de la rue et aux détenus. La pauvreté est un important facteur de risque qui compromet l'accès aux services existants. Ainsi, les habitants de l'île de Rodrigues, où sévit une pauvreté extrême, tentent d'améliorer leur sort en migrant vers Maurice. Sans emploi, ces déshérités se tournent vers le crime, le travail du sexe ou les drogues injectables, décuplant ainsi les risques de transmission du VIH. Afin de les aider à obtenir des services, la proposition prévoit l'embauche de travailleurs communautaires et le recrutement de bénévoles qui se chargeront des activités d'information, d'éducation et de communication, du counselling, et de l'éducation sanitaire. Ils aideront aussi leurs clients à se prévaloir des services de santé gratuits. Le recrutement et la formation de bénévoles communautaires permettront de joindre les jeunes et les femmes vulnérables.

Voici comment la CCM du Viêt Nam a décrit le même point dans sa proposition sur le VIH de la neuvième série :

Vu la nature de l'épidémie au pays et le fait que le VIH est transmis principalement des utilisateurs de drogues injectables (surtout des hommes) à leurs principaux partenaires sexuels, et des professionnelles du sexe à leurs clients (jeunes hommes), le succès de la subvention repose sur l'accès équitable des deux sexes aux services de prévention, de soins et de soutien. Afin de promouvoir l'accès équitable aux services, nous proposons, entre autres, les activités suivantes : prévention ciblée; aiguillage et services de soins et de soutien pour les professionnelles du sexe, y compris de l'aide pour négocier le port du condom, adopter des habitudes de vie saines, et s'autohabiliter; dans la mesure du possible, aiguillage vers des clubs de santé pour femmes afin de garantir l'accès des femmes au counselling sur le VIH et aux activités d'information, d'éducation et de communication, ainsi qu'au suivi médical. De plus, nous ferons la promotion des services de PTME, jumelés à des services de santé sexuelle et génésique, afin que les femmes séropositives soient sensibilisées à la PTME et conscientes de leur droit d'avoir des enfants.

(Durant la préparation du guide, Aidsplan n'a pas trouvé de propositions qui préconisaient l'**accès prioritaire** de certains groupes cibles aux services [point 2].)

Voici comment la CCM de Maurice a décrit les activités liées au point 3 (**égalité sociale**) dans sa proposition sur le VIH de la huitième série :

La pauvreté et les inégalités sont répandues : les pauvres vivent souvent à proximité des nantis, et la plupart des inégalités s'expliquent par les disparités au sein des districts. Nous collaborerons avec les organisations communautaires afin de cibler et de promouvoir la prestation de services à l'échelle communautaire. Des évaluations collectives permettront de déterminer les populations les plus à risque (p. ex., les utilisateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et les jeunes de la rue) et les populations vulnérables (p. ex., les femmes et les jeunes). Il sera plus facile de joindre les ménagères grâce aux travaux du gouvernement, qui ont permis de recenser 229 îlots de pauvreté et quelque 7 000 familles pauvres et vulnérables.

Il existe encore un écart entre les riches et les pauvres à Maurice. Par conséquent, la pauvreté, particulièrement en régions rurales, représente un obstacle de taille à l'accès équitable aux services de prévention du VIH/sida. Les activités proposées à ce chapitre visent la création de comités multisectoriels militants qui seraient chargés des dossiers du VIH/sida et de la santé génésique. Ces comités travailleraient dans les centres d'assistance sociale, dans les centres d'aide aux femmes ou dans n'importe quelle autre structure communautaire. Les premiers comités seraient établis dans les régions rurales, les villages de pêche côtiers, la zone franche (EPZ) et les endroits où vivent les travailleurs migrants de l'industrie du vêtement, en plus de cibler les immigrants rodriguais.

Voici comment la CCM du Paraguay a décrit les activités liées au point 4 (**stigmatisation et discrimination**) dans sa proposition sur le VIH de la sixième série :

La formation donnée au personnel des services de soins de santé des six régions sélectionnées portera notamment sur les droits de la personne, la discrimination et la stigmatisation [...] Des activités seront organisées dans le but précis de revendiquer la modification de la loi *HIV/SIDA Act 102/91* et de promouvoir l'adoption d'un projet de loi interdisant toute forme de discrimination. [trad. libre]

Si votre projet peut aider à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, même en l'absence d'activités ciblées, expliquez-le ici. L'exemple suivant est adapté de la proposition sur le VIH de la septième série présentée par le Kirghizistan sur :

Le programme vise, entre autres, à mobiliser des communautés de personnes infectées par le VIH pour qu'elles en viennent à participer davantage à la planification et à la mise en oeuvre de l'intervention dans la lutte contre cette maladie. Il prévoit aussi la mise en oeuvre de plusieurs mesures, de concert avec la communauté des personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres organisations, dont des établissements médicaux d'État. Ces mesures aideront à réduire la stigmatisation et la discrimination au sein du système de santé et de ses établissements.

Voici maintenant ce que l'on retrouve dans la proposition de l'Ouganda sur la tuberculose (sixième série) :

Le fait de mieux comprendre la tuberculose, de savoir qu'on peut la traiter et de connaître les services offerts (et gratuits) aidera à réduire la stigmatisation et la discrimination dont les patients sont victimes au sein des collectivités et de la part des travailleurs de la santé. Les régions qui ont réussi la mise en oeuvre de plans de traitement de brève durée en observation directe au sein de leur communauté ont remarqué que la stigmatisation entourant cette maladie diminuait avec la participation et l'engagement de la communauté... La collaboration entre les personnes responsables de la mise en oeuvre des services liés au VIH et les personnes responsables de la mise en oeuvre des services liés à la tuberculose la réduira encore plus.

Voici comment la Bosnie-Herzégovine a décrit les stratégies et les activités liées au point 5 (**inégalités entre les sexes**) dans sa proposition sur le VIH de la neuvième série :

Des activités de suivi, de surveillance et d'évaluation permettront de recueillir des données sur l'égalité des sexes dans le contexte de l'épidémie de VIH. On mènera des évaluations ponctuelles et autonomes des questions liées au genre comme sources de données additionnelles essentielles. On fera le bilan du programme actuel de lutte contre le sida pour déterminer la mesure dans laquelle il tente d'éliminer les inégalités entre les sexes dans le contexte de l'épidémie.

La question de l'égalité des sexes sera reflétée dans la stratégie nationale de lutte contre le sida, les plans d'action annuels et les plans sectoriels; la priorité sera accordée à l'établissement de budgets et à l'affectation des fonds. On mettra l'accent sur la réalisation et l'intensification d'interventions sélectionnées pour attaquer les inégalités entre les sexes dans le contexte de l'épidémie en ce qui a trait à la prévention du VIH, aux traitements, aux soins et à l'atténuation de l'impact de la maladie. On établira des cibles et des indicateurs qui permettront de mieux mesurer les résultats et les effets des programmes de lutte contre le sida sur le dossier de l'égalité des sexes.

Renvois

Érythrée – VIH (8), Myanmar – VIH (9)
Nicaragua – VIH (8), Tadjikistan –
tuberculose (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan à l'adresse*

www.aidspace.org/aidspacepublications.
Consultez les points forts n^{os} 5 et 12.

Afin de permettre l'acquisition de compétences et de favoriser le renforcement réciproque des liens entre les intervenants du secteur du sida et ceux qui militent en faveur de l'égalité des sexes, on organisera des séances de formation croisée (sur le VIH pour les militants et sur l'égalité des sexes pour les intervenants).

Voici comment la CCM du Zanzibar a répondu à la même question dans sa proposition sur le VIH de la sixième série :

Pour aborder le problème de l'inégalité des sexes, notre proposition prévoit les activités suivantes :

- faire l'essai, dans quatre districts, des directives de l'OMS sur l'intégration des questions relatives aux femmes dans les services de santé liés au VIH/sida et renforcer les capacités au sein des systèmes de santé et des services de soutien en vue de réduire l'inégalité entre les sexes;
- assurer le dépistage, le traitement et l'orientation des personnes infectées par VIH à la suite d'un viol et, plus particulièrement, veiller à la disponibilité des services de consultation et de prophylaxie qui leur sont offerts en cas de diagnostic positif;
- intégrer des stratégies de prévention de la violence aux services de consultation et de dépistage volontaires de même qu'aux services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME);
- amener les hommes à s'intéresser davantage aux questions liées à la santé sexuelle et périnatale grâce à la mise sur pied de programmes de sensibilisation et d'autres activités.

Dans sa proposition sur le VIH de la neuvième série, la CCM de la Côte d'Ivoire a présenté ses activités en matière d'égalité des sexes sous forme de tableau, dont voici un extrait :

Objectifs et DPS	Obstacles aux bonnes relations entre les sexes et autres contraintes sociales pouvant compromettre l'atteinte des buts et objectifs	Activités visant à éliminer ces contraintes afin de changer la dynamique entre les sexes et, ainsi, d'atteindre les objectifs
DPS 1.2	<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes en régions rurales sont peu exposées aux médias de masse. - Les attitudes sociales ne favorisent pas la modification des comportements chez les jeunes. - Les taux d'alphabétisation sont très faibles dans l'ensemble de la population. - Une forte proportion des jeunes sont en marge du système d'éducation formelle. - Le taux net d'alphabétisation des filles n'est que de 26,6 %. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser 36 000 entretiens visant la mobilisation sociale des jeunes filles et garçons âgés de 15 à 24 ans. - Mener 18 000 campagnes locales de CCC à l'intention des femmes en régions rurales. - Former en CCC 75 enseignants et le personnel de 20 ONG du milieu de l'éducation. - Organiser d'activités de CCC afin de joindre les jeunes filles, les mères et les jeunes sans instruction. - Organiser 25 tournois pour les jeunes filles et garçons.
DPS 1.4	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a très peu de mobilisation sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la mobilisation des ONG. - Appuyer les ONG qui offrent des ateliers d'aptitude à la vie quotidienne à l'intention des détenus.
DPS 1.6	<ul style="list-style-type: none"> - Les jeunes garçons ne se protègent pas contre le VIH. - Ils expriment souvent leur masculinité dans la violence (raison pour laquelle les femmes n'arrivent pas à négocier les relations sexuelles avec leurs partenaires). 	<ul style="list-style-type: none"> - Animer 8 ateliers de formation à l'intention des professionnels de la santé pour les renseigner sur l'approche syndromique aux ITS et perfectionner leurs compétences en matière d'égalité des sexes et de VIH/ITS. - Organiser 500 séances de sensibilisation aux ITS, à la violence faite aux femmes et à

		son incidence sur la transmission des ITS et du VIH.
DPS 1.7	- Les mœurs sociales et culturelles jouent contre le port du condom. - Des problèmes entourent le port du condom féminin et la négociation du recours au condom masculin.	- Soutenir l'organisation d'activités communautaires de CCC pour éliminer les réticences à l'égard du port du condom.
DPS 3.1	- Les femmes sont souvent les premières à apprendre leur séropositivité. - Les femmes sont stigmatisées et ne participent pas également aux décisions concernant le ménage et la famille.	- Mettre à jour les normes et directives en matière de PTME afin d'y intégrer la question de l'égalité des sexes.

Voici comment la Bosnie-Herzégovine a décrit les stratégies et les activités liées au point 6 (**lois et politiques répressives**) dans sa proposition sur le VIH de la neuvième série :

Nous passerons en revue les lois et les politiques du point de vue de la protection des droits des populations marginalisées et vulnérables. Les politiques en vigueur seront adaptées au besoin pour garantir droits et protection aux groupes vulnérables du pays. De nouvelles lois seront rédigées au besoin.

Le Fonds mondial a publié une note d'information sur la question des femmes, des filles et de l'égalité des sexes, ainsi qu'une note sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Vous pouvez les consulter à l'adresse <http://www.theglobalfund.org/fr/applicationfaq/?lang=fr>. Vous y trouverez des directives sur la façon d'intégrer ces dossiers à votre proposition.

À FAIRE

- Expliquez ce que vous proposez de faire pour promouvoir l'égalité des sexes.
- Citez des stratégies et des interventions concrètes tirées de votre proposition.

À NE PAS FAIRE

- Ne rédigez pas une dissertation sur les inégalités.
- Ne décrivez pas ce qui doit être fait pour les éliminer, ni ce qui devrait se passer.
- Ne citez pas les articles de la constitution de votre pays qui portent sur les droits de la personne.
- Évitez les généralisations du type : « Un des volets du projet porte sur le milieu carcéral. Par conséquent, la proposition tient compte des besoins des détenus. »
- Évitez également la tournure « tout sera fait pour que X... ». Vous n'avez qu'à mentionner les activités de lutte contre les inégalités que renferme votre proposition.

4.4.6 Partenariats avec le secteur privé

Voici comment l'instance de coordination du Bangladesh a décrit le partenariat avec le secteur privé pour le financement des activités prévues dans sa proposition sur la tuberculose de la huitième série :

Depuis 2002, le secteur privé à but lucratif (zones franches, industrie du vêtement, hôpitaux privés, hôpitaux universitaires privés, médecins en pratique privée) participe de plus en plus activement aux traitements de courte durée sous observation directe (DOT). En 2002, Youngone, une société koréenne de Chittagong comptant plus de 80 000 employés, a mis sur pied un programme DOT pour ses employés. La société a fourni les bureaux et le personnel, dont des médecins, des infirmières et des techniciens de laboratoire, tandis que le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) s'est chargé des médicaments, de l'intendance et de la formation, en plus de veiller à la bonne marche du programme. Encouragé par les résultats, le PNLT a élargi les services DOT pour inclure les zones franches de Dhaka et de Chittagong. Les zones franches ont fourni toutes les installations, y compris les bureaux. Les ONG ont détaché un ou deux employés au programme afin d'alléger la charge de travail des intervenants, et de coordonner le programme en collaboration avec les médecins des zones franches, les intervenants d'urgence et les techniciens de laboratoire. Le PNLT s'est chargé de la formation, des médicaments et de l'intendance, en plus d'assurer la bonne marche du programme. Avec le temps, les services se sont étendus aux industries de Khulna, ainsi qu'à plusieurs petites et moyennes fabriques de vêtements et autres usines des grands centres. Un très grand nombre de milieux de travail n'a pas accès au DOT. Des médecins praticiens et établissements de santé privés offrent aussi un programme DOT, mais à petite échelle. Le PNLT renseigne les médecins sur le DOT; en retour, les médecins se conforment aux normes nationales en matière de diagnostic et de traitement, et font rapport au PNLT. Tous les hôpitaux universitaires privés ont un centre DOT. Ils fournissent les bureaux, tandis que les ONG détachent un ou deux employés pour aider les médecins et les techniciens de laboratoire à traiter les cas, pour offrir des services de counselling et d'aiguillage, et pour servir de point de contact avec le programme.

Le PNLT et l'association des fabricants et des exportateurs de vêtements du Bangladesh ont signé récemment un protocole d'entente visant l'élargissement des services DOT dans l'industrie du vêtement et la provision de ces services dans 12 centres de santé dirigés par l'association. Quelque 2,5 millions de personnes – des femmes pour la plupart – travaillent dans cette industrie. L'association fournira des bureaux dans les centres de santé. Si la proposition est financée, un ou deux employés additionnels seront affectés aux centres de santé, où ils se chargeront de multiplier les campagnes d'information à l'intention des travailleurs, d'alléger la charge de travail du personnel et de superviser l'administration des traitements. Les médecins de l'association chapeauteront les activités, tandis que le PNLT se chargera de la formation, des médicaments et de l'intendance. Un petit nombre de fabriques bénéficient déjà d'un programme DOT; notre proposition, si elle est approuvée, nous permettra d'étendre le programme à toutes les autres. Grâce à cette intervention, les travailleurs et les dirigeants syndicaux sauront comment se prévaloir des services de diagnostic et de traitement de la tuberculose.

Voici comment la CCM du Cambodge a décrit les dons en nature du secteur privé dans sa proposition sur le paludisme de la neuvième série :

Le secteur privé nous aidera, indirectement, à obtenir les ressources humaines et les infrastructures nécessaires à la fourniture de produits et de soins médicaux. Il s'agit d'une contribution en nature, dont voici les principaux volets :

- **Subvention des médicaments vendus dans le commerce** – La vente, dans le commerce, de produits fortement subventionnés et recommandés par le programme national de lutte contre le paludisme – qui les rend plus accessibles aux populations cibles – serait impossible sans la participation active, entière et efficace du secteur privé. Les droguistes, les cliniques, les pharmacies, les marchés et autres points de vente

privés pourraient constituer un réseau de distribution fiable, comme le pourraient les organisations communautaires dans les régions très éloignées.

- **Traitement aux insecticides longue durée des moustiquaires vendues dans le commerce** – Les Cambodgiens peuvent se procurer des moustiquaires non traitées, de facture locale ou étrangère, dans les commerces et les marchés partout au pays. Le PSI désire améliorer de façon importante la santé de la population en convainquant les importateurs locaux de faire traiter leurs moustiquaires aux insecticides longue durée avant de les vendre. Ce projet pilote sera financé à même les fonds non dépensés de la sixième série, et sa prolongation dépendra des résultats obtenus. En cas d'échec du projet pilote, les fonds de la neuvième série serviront à financer d'autres moyens de traiter aux insecticides longue durée le plus grand nombre possible de moustiquaires vendues dans le commerce. Cela fera grimper en flèche le nombre de personnes protégées grâce aux moustiquaires traitées.
- **Collaboration intersectorielle avec les entrepreneurs agricoles** – Family Health International (FHI), un sous sous-bénéficiaire, mettra à l'essai une stratégie ayant pour but d'inciter les entrepreneurs agricoles à relever les cas de paludisme chez les travailleurs migrants et à faire en sorte que ceux qui sont atteints reçoivent le bon traitement en temps opportun dans les cliniques de village ou les établissements de santé publics. Les entrepreneurs y gagneront, car leurs employés seront moins souvent malades, et la stratégie pourra servir de modèle de collecte de données de surveillance pour les populations mobiles ou migrantes.

Renvois

Tanzanie – VIH (8), Nigeria – paludisme (8), Bangladesh – tuberculose (8), Cameroun – tuberculose (9)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le point fort n° 6.

4.4.8 Liens avec des ressources autres que celles du Fonds mondial

Voici un extrait de la proposition sur le VIH de la huitième série présentée par le Viêt Nam. La CCM a d'abord énuméré ses principaux donateurs et en a décrit les activités. (GF-8 = proposition de la huitième série).

Il existe au pays trois grands programmes de prévention, financés respectivement par : le Department for International Development (DfID) du Royaume uni, la Banque mondiale (BM) et le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) des États-Unis. On s'attend à un soutien additionnel de l'agence de la Australian Agency for International Development (AusAID), probablement au début de 2009. Les principaux bailleurs de fonds pour les programmes de soins et de traitements sont le PEPFAR, la Clinton Foundation Health Access Initiative (CHAI) et le Fonds mondial.

Les interventions dans les 10 provinces visées par la GF-8 seront financées, en partie, par un ou deux des donateurs mentionnés plus bas. Le montant de l'aide variera selon la province. Le Fonds mondial ne sera pas seul à financer les interventions dans aucune des provinces. On affecte souvent les donateurs à des districts précis des provinces lorsque leurs interventions s'équivalent entre elles.

DfID : Le programme de prévention financé par le DfID (2004 - 2008) englobe 21 provinces ou villes, dont 3 des 10 provinces visées par la GF-8. Il compte quatre grands volets : 1) renforcement des capacités du personnel; 2) approvisionnement en condoms et marketing social; 3) modification des comportements des professionnelles du sexe, de leurs clients et des utilisateurs de drogues injectables; 4) amélioration de la prise en charge et du traitement des ITS. Le programme mesure les comportements à risque, dont le partage de seringues et le port du condom, des utilisateurs de drogues injectables, des professionnelles du sexe et de leurs clients.

Renvois

Viêt Nam – VIH (8), République démocratique du Congo – paludisme (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspace.org/aidspacepublications. Consultez le point fort n° 10.

BM : Le projet de prévention du VIH financé par la Banque mondiale (2006-2011) fournit un soutien dans 20 provinces, dont 5 des 10 provinces visées par la GF-8. Parmi les indicateurs de résultat dans les provinces participantes, notons : le pourcentage des membres des groupes vulnérables qui disent pratiquer l'injection plus sécuritaire de drogues (des 20 % estimés au départ à 70 % à la fin du projet); le pourcentage des membres des groupes vulnérables qui disent porter un condom durant l'acte sexuel (des 40 % estimés au départ à 80 % à la fin du projet).

La CCM décrit ensuite les liens qui existent entre sa demande de subvention et l'aide financière provenant d'autres sources. Voici un extrait de la description :

Réduction des méfaits (objectif 1)

On met présentement à jour les principaux volets des directives en matière de réduction des méfaits (c.-à-d. aiguilles et seringues, marketing et distribution des condoms, et approche par les pairs). Les mises à jour reflèteront l'expérience pratique acquise par les projets du DfID et de la BM, ainsi que les normes et pratiques exemplaires internationales. La GF-8 se fondera sur les nouvelles directives nationales afin d'assurer l'uniformité des interventions provinciales. On appuiera les autorités provinciales afin qu'elles coordonnent les interventions de façon à éviter le chevauchement géographique et à assurer l'approvisionnement en fournitures de tous les programmes.

Soins et traitement, PTME, et counselling et dépistage volontaires (CDV) (objectif 2)

The projet LIFE-GAP, financé par le PEPFAR, soutient la prestation de services complets de soins et de traitement qui comprennent, entre autres, l'administration d'antirétroviraux, la PTME et le CDV dans les hôpitaux provinciaux de 5 des 10 provinces visées par la GF-8 jusqu'en septembre 2010. Dans ces provinces, la GF-8 appuiera exclusivement les cliniques de district; en cas de complications, les patients seront aiguillés vers les hôpitaux provinciaux financés par LIFE-GAP, conformément aux procédures nationales. La GF-8 assurera le fonctionnement des hôpitaux provinciaux une fois le projet LIFE-GAP terminé.

À FAIRE

- Expliquez comment votre proposition complète les programmes qui sont financés par d'autres sources que le Fonds mondial.
- Prouvez qu'il n'y a pas de chevauchement entre les activités que vous prévoyez et celles financées par ces autres sources.

À NE PAS FAIRE

- Ne vous limitez pas à une liste des programmes financés par d'autres sources que le Fonds; ce n'est pas suffisant.

4.4.9. Stratégie destinée à atténuer les conséquences involontaires sur les systèmes de santé d'un soutien supplémentaire au programme

Voici comment le Kenya, dans sa proposition sur le VIH de la septième série, décrit les conséquences involontaires de ses interventions ainsi que les mesures prises pour les atténuer :

Les interventions du système de santé peuvent aussi avoir des **répercussions négatives** sur le reste du système. On pourrait notamment penser que les programmes de lutte contre le VIH/sida obtiennent davantage de financement que bien d'autres programmes, et ainsi provoquer des tensions au sein des différents programmes. Par ailleurs, certaines des interventions proposées, comme la formation en prestation de services offerte aux travailleurs de la santé, pourraient amener ces travailleurs à s'absenter de leur travail. Pour parer à ces effets négatifs, la proposition envisage de répartir les fonds entre les OSC, de sorte que les services débordés n'aient pas à s'occuper de tout.

4.5. Durabilité du programme

4.5.1. Renforcement des capacités et des processus dans la fourniture de services VIH afin d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires et sociaux

Pour paraphraser les directives de la dixième série : Vous devez, à cette rubrique, expliquer comment les mesures que vous proposez renforceront les fournisseurs de services établis, non seulement ceux du gouvernement, mais aussi ceux des secteurs privé et communautaire. Si vous désirez financer des activités d'assistance technique et de gestion, donnez-en une description détaillée à la rubrique 4.7.5.

Voici comment la CCM du Cameroun a répondu à la question dans sa proposition sur le paludisme de la neuvième série. Notez que la CCM décrit les retombées locales, régionales et nationales de sa proposition, et explique comment elles contribueront à la pérennité des interventions.

Les activités proposées seront mises en œuvre par le gouvernement et par la société civile en fonction des avantages relatifs de chaque secteur. Il faudra donc renforcer la capacité de tous les intervenants visés par la proposition pour qu'ils partagent le même point de vue et que leurs activités de lutte contre le paludisme au pays soient utiles, efficaces et durables.

Secteur communautaire – On recrutera partout au pays 15 500 organisations communautaires à forte représentation féminine. Une formation spéciale les aidera à offrir des services communautaires intégrés en santé infantile, ainsi qu'à maîtriser l'approche par les compétences. Elles seront chargées de faire des visites à domicile, d'organiser des causeries sur la santé, de recenser les comportements favorables à la lutte contre le paludisme, de distribuer des LLIN, de gérer le paludisme au niveau des ménages et de recueillir des données. Des tableaux papier, des affiches et d'autres aides leur seront fournis pour leur faciliter la tâche. La participation des ONG améliorera l'accès et le recours aux services de lutte contre le paludisme offerts au palier communautaire et dans les établissements de santé. La proposition prévoit aussi le renforcement des capacités de mobilisation communautaire de ces organisations afin qu'elles puissent trouver les ressources additionnelles nécessaires à la viabilité de leurs activités après la fin de la subvention. Les ONG feront partie de l'équipe de gestion du district, lieu d'échanges réguliers d'information.

Régions et districts sanitaires – Cent quatre-vingt-quatre organisations de la société civile et le programme national de lutte contre le paludisme travailleront en étroite collaboration. Ces organisations seront formées en matière d'approche par les compétences, de gestion de projets, de mobilisation des ressources et de gestion des données. Les 184 organisations recevront le soutien dont elles auront besoin pour superviser des organisations communautaires, surveiller la distribution de LLIN et compiler des données sur les interventions de lutte contre le paludisme.

Niveau national – Le projet renforcera le système national de gestion de l'information en formant le personnel sanitaire sur l'utilisation du nouvel outil S&E pour la surveillance des indicateurs du paludisme. Avec l'aide du projet, le personnel assurera l'intégration de la planification et de la surveillance à tous les paliers. Faute de fonds, le comité de coordination Roll Back Malaria n'a pas pu se réunir régulièrement. Afin de remédier à la situation, nous avons prévu des fonds pour améliorer la coordination et le suivi des résolutions adoptées durant les réunions. Les membres du comité seront formés en promotion de la lutte contre le paludisme et en mobilisation des ressources.

Les PR et les SR pourront rehausser leurs capacités puisque chaque partenaire possède des compétences spécialisées dans son domaine d'intervention, dont il fera bénéficier les autres intervenants afin d'offrir un programme intégré à chacune des régions, sous la supervision du ministère de la Santé. Les bénéficiaires seront aussi formés en conception de projets et en

rédaction de propositions, ce qui leur permettra d'obtenir les fonds nécessaires à la pérennité de leurs activités. Afin que les bénéficiaires sachent présenter à temps leurs rapports financiers et justifier leurs dépenses, il recevront une formation en gestion et suivi financiers, et seront encadrés pour assurer la pertinence de l'information financière. À la fin du projet, certaines organisations de la société civile posséderont les compétences qui leur permettront de mobiliser les ressources nécessaires et de poursuivre les activités après la fin de la subvention.

Voici comment la CCM de la Thaïlande a répondu à la question sur la pérennité dans sa proposition sur le VIH de la huitième série :

Les activités que nous proposons visent la pérennité du programme. En premier lieu, le resserrement des liens entre les mécanismes provinciaux de coordination et les organisations de la société civile aideront les intervenants à mieux comprendre les problèmes et les responsabilités associés à la pérennité des programmes MARP. En second lieu, le National Security Health Office (NSHO) financera certaines interventions MARP par l'entremise d'organisations gouvernementales et de la société civile. En troisième lieu, la mise en œuvre d'une partie de la stratégie d'injection plus sécuritaire de drogues avec le concours des pharmacies pourrait constituer une méthode plus rentable et, ultimement, plus viable de distribuer des articles de prévention du VIH aux utilisateurs que les seuls centres d'injection sécuritaire et programmes d'échange de seringues. En quatrième lieu, les études du rapport coût/bénéfices prévues par la proposition aideront à convaincre le NSHO et d'autres bailleurs de fonds de l'importance d'assurer la viabilité des interventions efficaces. En dernier lieu, les activités de renforcement des capacités des organisations de la société civile les aideront à recueillir des fonds.

À FAIRE

- Décrivez comment votre proposition renforcera les fournisseurs de services.
- N'oubliez pas d'ajouter les organisations privées et communautaires aux agences publiques.
- Établissez le lien entre le renforcement des organisations et la viabilité des services.

À NE PAS FAIRE

- N'incluez pas de renseignements sur l'assistance technique; cette information fait l'objet de la rubrique 4.7.5.
- N'utilisez pas l'espace pour énumérer les objectifs de votre proposition. Réservez-le à une description de l'incidence qu'auront vos activités de renforcement des organisations sur la viabilité des interventions.

4.5.2 Harmonisation avec les cadres de développement plus larges

Voici comment la CCM de Géorgie a répondu au point a) de la question dans sa proposition sur le VIH de la neuvième série :

La proposition de la neuvième série se fonde sur le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/sida qu'a adopté le gouvernement afin d'atteindre les grands objectifs stratégiques nationaux et internationaux suivants :

- L'objectif 6 de développement pour le millénaire (ODM), « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies », énoncé dans la *Déclaration du Millénaire*. Le programme joue aussi un rôle secondaire dans l'atteinte des ODM ciblés par le gouvernement de Géorgie, c'est-à-dire : a) l'ODM 1, « Réduire la pauvreté extrême et la faim, b) l'ODM 8, « Mettre en place un partenariat mondial pour le développement » et c) l'ODM 3, « Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ».
- Les objectifs de prévention du VIH/sida énoncés dans la politique et le plan stratégique national, 1999-2010.
- Le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement 2006-2010, entériné par le gouvernement de la Géorgie et la mission de l'ONU en Géorgie en 2005, et mis à jour en 2006.
- Les cibles du programme de lutte contre le VIH/sida – les « trois principes ».

De plus, le projet contribue indirectement à la stratégie nationale de croissance économique et de réduction de la pauvreté de la Géorgie en protégeant le capital humain (une priorité énoncée dans la stratégie) et en allégeant le fardeau financier que représente la maladie pour la population.

Selon les directives de la dixième série : « Le candidat doit notamment décrire comment ces cadres peuvent être associés à la capacité à absorber d'autres ressources potentielles du Fonds mondial. » Le sens de cette phrase n'est pas clair.

Dans cet extrait de sa proposition de la neuvième série, le secrétariat de la Southern African Development Community (SADC) répond ainsi à la question 4.5.2 b) :

La proposition reflète fidèlement les orientations de la SADC pour la lutte contre le VIH/sida 2009-2015, qui doivent être adoptées au milieu de 2009, ainsi que le cadre stratégique en matière de mobilité de la population et de maladies transmissibles dans la région de la SADC, terminé en avril 2009, qui doit lui aussi être adopté au milieu de 2009. Les principes directeurs des deux documents mettent en valeur l'avantage relatif des interventions régionales de lutte contre le VIH/sida, les activités multisectorielles et les partenariats, la sensibilité aux enjeux liés au genre, les interventions fondées sur des preuves, le respect des droits de la personne, ainsi que l'importance de la participation de la population à la lutte régionale.

Le projet s'intègre aux activités antérieures [liste des activités] de façon concrète, comme l'illustrent les exemples suivants :

1. Objectifs 1 et 2 – Examen des politiques actuelles et prévues; décisions relatives à l'alignement des interventions visant les populations mobiles.
2. Objectif 3 – Continuation des activités de renforcement des systèmes S&E.
3. Objectif 4 – Répertoire des interventions actuelles et prévues qui visent les populations mobiles; décisions visant la complémentarité et la collaboration.

4.5.3 Améliorer le rapport coûts/bénéfices

Il s'agit d'une nouvelle question ajoutée au formulaire de proposition de la dixième série. Consultez le chapitre 2, Nouveautés de la dixième série, pour un complément d'information.

De prime abord, la notion de « valeur » semble simple, mais il n'en est rien. Il s'agit de lire les directives de la dixième série pour s'en convaincre!

Selon nous, il s'agit ici du principe du meilleur rapport coûts/bénéfices (et non pas de l'achat des produits les moins coûteux). Dans le formulaire de proposition, le Fonds parle « [du] rapport optimal entre le coût et l'efficacité ».

Nous vous recommandons de décrire le mieux possible dans quelle mesure les principales interventions proposées offrent le meilleur équilibre entre les coûts et l'efficacité. Si l'information disponible ne suffit pas à répondre pleinement à la question, expliquez-en les raisons.

Notez que le TRP ne pénalisera pas les propositions de la dixième série qui ne comprennent pas cette information. Cela dit, la notion de valeur semble importante et il faut peut-être saisir l'occasion de l'appivoiser.

4.6. Systèmes de suivi et d'évaluation

4.6.1 Systèmes de mesure de l'impact et des effets

Voici comment la CCM du Nicaragua a décrit les points forts et les faiblesses de ses systèmes nationaux de S&E dans sa proposition sur le VIH de la huitième série :

Points forts

1. La décentralisation des interventions VIH dans les 17 départements du pays; un responsable dans chacun d'eux.
2. Des unités de S&E dans les 17 départements; délégation de fonctions précises de S&E au personnel de soins de santé des 153 municipalités qui forment ces départements.
3. La volonté politique des membres du CONISIDA (comité national de lutte contre le sida) de structurer l'unité de S&E – qui fait partie du programme national de lutte contre le VIH – conformément aux « trois principes ».
4. Le soutien de la Cooperación Externa (coopération externe) à l'établissement des mécanismes de S&E du programme national, le premier pas vers l'élaboration d'un plan de surveillance pour le programme national de lutte contre le VIH.

Faiblesses

1. Certains membres du CONISIDA n'ont pas, dans leur établissement, d'unité de suivi et d'évaluation des interventions de lutte contre le VIH.
2. L'absence de liens entre les pratiques de S&E du secteur de la santé, des centres parallèles et de la société civile.
3. Données incomplètes pour tous les indicateurs établis par UNGASS (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies).
4. Analyse lacunaire des données du système de surveillance; aucun lien établi entre ces données et les facteurs déterminants possibles de l'épidémie.
5. Absence d'information sur les comportements à risque des populations clés, soit les personnes transgenres, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les autochtones et les orphelins.
6. Surveillance inadéquate de l'observance des traitements aux antirétroviraux.

Vous devez aussi décrire les systèmes de mesure d'impact et d'effets proprement dits.

À FAIRE

- Décrivez les points forts des systèmes de S&E de votre pays.
- Décrivez les faiblesses des systèmes de S&E de votre pays.

À NE PAS FAIRE

- Oubliez les détails; ce serait trop, sans compter que l'espace réservé à cette réponse est limité.

4.6.3 Liens avec les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation

Dans sa proposition sur le paludisme de la huitième série, la CCM d'Éthiopie a répondu à la question 4.6.3 a) en expliquant comment les mesures de S&E se fonderaient sur les indicateurs, outils de collecte de données et filières de rapport nationaux :

Afin d'assurer le suivi et l'évaluation des interventions, nous aurons recours à des systèmes nationaux bonifiés, c'est-à-dire les systèmes de gestion de l'information sanitaire (HMIS) et les systèmes intégrés de surveillance et de lutte contre la maladie (IDSR). Les données sont recueillies sur une base hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle et annuelle, en fonction de la saison de transmission du paludisme. Les données des HMIS proviennent de tous les établissements de santé, des grands hôpitaux aux postes sanitaires. De plus, les données proviendront d'enquêtes d'envergure, dont l'enquête démographique et de santé (EDS) (quinquennale), l'enquête sur les indicateurs du paludisme (généralement bisannuelle) et l'enquête intégrée sur les établissements de santé. Le rapport HMIS comprendra des données sur cinq indicateurs du paludisme. Les activités de S&E proposées s'intégreront aux systèmes de déclaration actuels et les rehausseront pour qu'ils soient utilisés à tous les paliers.

Il n'y aura aucun chevauchement ni dédoublement des rapports provenant des PR et des SR, puisque la plupart des partenaires actifs du ministère fédéral de la Santé ont adopté le même plan, le même budget et le même modèle de rapport. De plus, les données sur les indicateurs visés par la proposition peuvent être recueillies facilement au moyen des systèmes et des approches existants par tous les responsables de la mise en œuvre.

Le libellé de la question 4.6.3 c) est un peu différent de celle des séries précédentes. Ainsi, c'est la première fois que les candidats doivent inclure la liste des DPS à cette rubrique. Cela dit, l'extrait qui suit, tiré de la proposition sur la tuberculose présentée par l'Indonésie lors de la huitième série, donne une idée de ce que demande le Fonds mondial :

Nous pouvons mesurer les résultats pour la plupart des DPS au moyen du système normalisé existant. Cependant, il faudra apporter quelques modifications mineures au système afin de pouvoir évaluer les nouvelles activités. Ainsi, les intervenants communautaires se serviront d'une fiche d'aiguillage simple qui permettra d'évaluer l'efficacité de leurs activités de dépistage et d'aiguillage des cas soupçonnés de tuberculose. Les établissements de santé conserveront les fiches et noteront leur provenance au dossier. Cette information aidera les établissements à mesurer la participation des organisations communautaires, des cadres, des cliniques de village et d'autres intervenants à la recherche et au suivi des cas.

4.6.4 Renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation

Voici comment la CCM d'Éthiopie a répondu à cette question dans sa proposition sur le paludisme de la huitième série :

La proposition prévoit un système complet de suivi et d'évaluation des activités proposées (voir le **DPS 6**). Le système permettra non seulement de renforcer considérablement les capacités de S&E, mais aussi d'évaluer, d'analyser et de documenter adéquatement l'incidence des activités.

Faiblesses du système S&E	Mesures de renforcement prévues
Il n'y a pas suffisamment de données fonctionnelles sur les interventions clés de lutte contre le paludisme. Il manque, par exemple, d'information sur la réaction des moustiques au DDT, la pharmacorésistance du parasite, la longévité des LLIN sur le terrain. Il faudrait également obtenir plus d'information sur les connaissances, attitudes et pratiques liées aux interventions et services de lutte contre le paludisme.	La subvention du Fonds permettra de mener régulièrement des travaux de recherche opérationnelle pour recueillir des données sur l'efficacité des médicaments et des insecticides, sur la longévité des LLIN et sur les connaissances, attitudes et pratiques communautaires associées aux interventions de lutte contre la maladie. De plus, on mènera régulièrement des études opérationnelles dans 25 des 50 centres pilotes, en plus de recueillir des données sur la longévité des LLIN dans tous les centres.
Il manque de données de base et de données de suivi sur l'étendue de la maladie, sur la portée des principales interventions et sur leur incidence.	Le ministère fédéral de la Santé, en collaboration avec ses partenaires nationaux, a mené la première enquête nationale sur les indicateurs du paludisme en octobre et décembre 2007. Si la proposition est financée, il en mènera une autre en 2010 et en 2013 afin d'évaluer la performance des interventions et d'en mesurer l'incidence sur la morbidité.
Les examens programmatiques des zones et des districts sont insatisfaisants ou irréguliers.	Vu le succès qu'a déjà remporté la tenue de réunions annuelles aux paliers régionaux et national pour assurer le suivi de la mise en œuvre des activités, les intervenants de première ligne – c'est-à-dire ceux des zones et des districts – mèneront un examen programmatique aux deux ans. Tous les partenaires y assisteront pour comparer les rapports aux plans annuels et pour recommander le suivi nécessaire.
Le système d'information sur le suivi des stocks et l'intendance n'est pas assez perfectionné.	Conformément au plan directeur d'intendance établi par le ministère de la Santé, le système de suivi des stocks sera renforcé grâce au financement demandé dans cette proposition. L'activité sera fondée sur des directives, des gabarits de présentation et des banques de données appropriés (voir le DPS 6 et le budget ci-joint).

Renvois

Indonésie – VIH (8), Nicaragua – VIH (8), Mozambique – paludisme (9), Papouasie-Nouvelle-Guinée – paludisme (8), Indonésie – tuberculose (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le point fort n° 7.

4.7. Capacité de mise en œuvre

4.7.1 Récipiendaire(s) principal(aux)

Voici un extrait révisé de la description des capacités du bénéficiaire principal qu'a incluse la CCM cambodgienne dans sa proposition sur le paludisme de la neuvième série. Notez qu'elle ne s'en est pas tenue aux capacités financières, techniques et de gestion; elle a ajouté de l'information sur les installations et les ressources humaines.

Le centre national de parasitologie, d'entomologie et de contrôle du paludisme (CNM) est l'un des trois centres nationaux d'intervention prioritaire de lutte contre la maladie au Cambodge. Il a pour mandat d'orienter la lutte contre le paludisme, la dengue et la dengue hémorragique, la schistosomiase, l'helminthose et la filariose. Le centre gère aussi le laboratoire de référence national du paludisme et mène de nombreux travaux de recherche opérationnelle en collaboration avec des partenaires non gouvernementaux.

Le CNM est divisé en deux bureaux : le bureau administratif et financier, et le bureau technique. Le premier bureau est chargé des fonctions administratives, financières et logistiques. Il comprend le service d'achat, chargé de l'approvisionnement en médicaments, fournitures, équipement et biens nécessaires au fonctionnement du centre. Le second bureau chapeaute les activités de traitement, de formation et de supervision des cinq unités qui se consacrent à chacune des maladies susmentionnées. L'unité du paludisme est la plus importante des cinq : 75 % du personnel du bureau technique y travaillent.

Les subventions octroyées précédemment par le Fonds mondial ont permis une nette amélioration des capacités du programme national de lutte contre le paludisme. À l'heure actuelle, le centre possède suffisamment de personnel, d'installations, de fonds, de compétences techniques et de capacité de gestion pour assumer les responsabilités additionnelles du PR, conformément à la proposition de la neuvième série.

Ressources humaines

Le centre, qui compte plus de 90 employés, est l'un des plus importants programmes nationaux du Cambodge. Ses cadres sont diplômés d'établissements réputés du pays et de l'étranger. Le personnel possède des compétences poussées dans de nombreux domaines, dont la gestion de projets, la prise en charge des cas de paludisme, le contrôle des vecteurs, la comptabilité générale, le suivi et l'évaluation, l'épidémiologie et les techniques de recherche. Afin de remplir les fonctions de PR en vertu du processus de reconduction des subventions, le centre embauchera 19 employés qui occuperont des fonctions de gestion financière et de projets, d'achat et de gestion des stocks, et de suivi et évaluation programmatiques. Le centre bénéficiera également de l'assistance technique cruciale de ses partenaires.

Installations

Grâce au programme de soutien à l'amélioration de la santé, financé par le DfID et la Banque mondiale, le CNM a maintenant les installations dont il a besoin pour remplir ses nouvelles fonctions de PR. Terminé depuis le début de 2008, un nouvel immeuble (rattaché aux installations existantes) fournira plus d'espace de bureau et de salles de conférences.

Fonds

Les agents financiers et comptables du CNM possèdent une solide expérience en gestion de fonds provenant de sources multiples. Le centre est le principal sous-bénéficiaire des subventions de lutte contre le paludisme du Fonds mondial. Il administrera directement 4,1 des 9,9 millions de dollars octroyés pour la deuxième série, 3,8 des 9,7 millions de dollars (quatrième série) et quelque 19,9 des 31,1 millions de dollars (sixième série). En 2007, le centre a administré 2,98 millions de dollars additionnels provenant de donateurs nationaux et internationaux autres que le Fonds mondial [liste des donateurs]. Le personnel du service financier maîtrise les logiciels QuickBooks et Excel.

Gestion et coordination

À titre de principal sous-bénéficiaire des subventions de lutte contre le paludisme octroyées par le Fonds mondial lors des deuxième, quatrième et sixième séries, le CNM a prouvé qu'il peut réaliser ses propres projets tout en dirigeant ceux de sept sous-bénéficiaires. Le centre a aussi coordonné ses interventions de lutte contre le paludisme avec celles d'autres entités gouvernementales, ainsi que de partenaires bilatéraux, multilatéraux et non gouvernementaux. Les employés du centre participent au travail d'organismes de coordination du Cambodge, avec leurs vis-à-vis des ONG et des ministères gouvernementaux.

Compétences techniques

Par le passé, d'importantes ressources financières du Fonds mondial ont servi à améliorer les connaissances et l'expérience techniques du personnel du CNM. Aujourd'hui, plusieurs membres du personnel possèdent de solides compétences dans les domaines suivants : contrôle des vecteurs, communication pour le changement de comportements, éducation sanitaire et entomologie. Ces intervenants chevronnés pourront ainsi guider les SR chargés de la réalisation des projets. La subvention de la sixième série et le financement en vertu du processus de reconduction permettront au centre d'embaucher deux agents techniques qui le conseilleront en matière de capacités techniques, qui assisteront le personnel et qui verront à ce que les intervenants communautaires soient en mesure d'assumer graduellement leurs fonctions. Le centre a déjà un mécanisme de S&E qui répond aux besoins du programme national, du Fonds mondial et d'autres donateurs. Il continuera à le mettre à jour pour refléter l'évolution de ces besoins, en collaboration avec les fonctionnaires de tous les paliers et les principaux partenaires.

À FAIRE

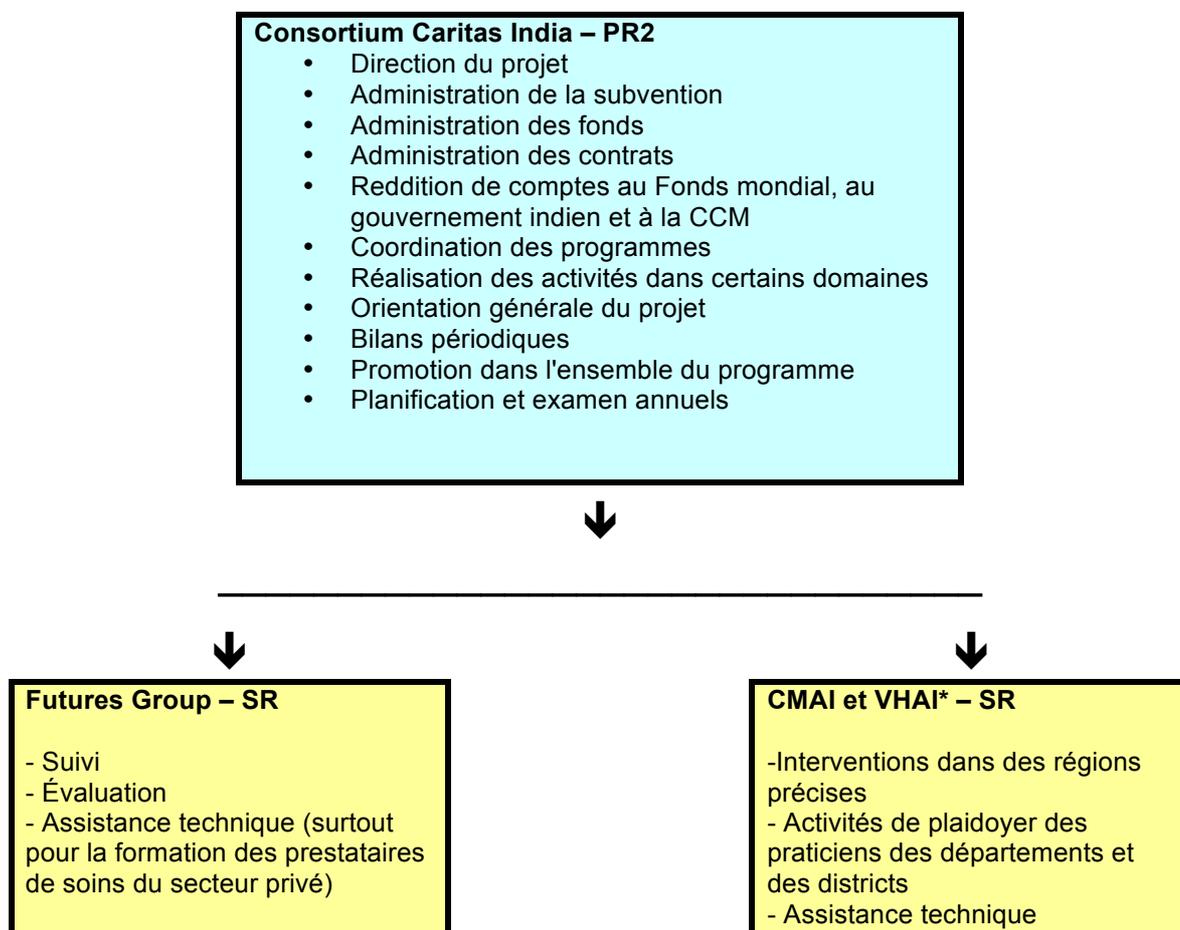
- Décrivez tout obstacle qui pourrait compromettre la performance de la subvention. Vous ne perdrez pas de points si vous le faites. Cela dit, décrivez, à la rubrique 4.7.5, les mesures que vous comptez prendre pour surmonter ces obstacles.

À NE PAS FAIRE

- Ne joignez pas d'annexe décrivant le niveau d'instruction du personnel du PR. Ce sont des détails superflus dont le TRP ne prendra probablement pas connaissance.
- Ne décrivez pas les modalités de coordination du programme que vous proposez; la question porte sur autre chose.

4.7.2 Sous-réceptaires

Voici comment la CCM indienne a répondu à la question dans sa proposition sur le paludisme de la neuvième série. La réponse porte sur les fonctions que devront remplir les deux sous-bénéficiaires relevant d'un des deux PR désignés.



* Christian Medical Association of India et Voluntary Health Association of India

L'extrait suivant, adapté de la proposition du Mozambique sur la tuberculose, dans le cadre de la septième série, montre comment décrire l'expérience de mise en oeuvre d'un bénéficiaire principal :

Health Alliance International (HAI)

Un des principaux objectifs de l'ONG Health Alliance International (HAI) consiste à s'associer au département de la santé pour améliorer les services actuels et promouvoir de nouveaux programmes innovateurs. Le personnel technique d'HAI partage ses locaux avec ses homologues du système de santé local et travaille avec eux à l'élaboration et à la mise en oeuvre de programmes et de services intégrés aux stratégies du département.

Cette année, HAI souligne ses 20 ans de collaboration avec le département de la santé dans la province de Manica, et ses 10 ans dans la province de Sofala, aidant ainsi à offrir des soins cliniques, à promouvoir la gestion publique de la santé et à créer des réseaux de services de santé communautaires. Depuis 2007, HAI aide également les autorités sanitaires des provinces de Tete et de Nampula. Elle contribue, entre autres, à des activités de soutien

général en matière de soins de santé essentiels, à la lutte contre le VIH/sida (et à la lutte contre la tuberculose), à la construction de laboratoires, à la gestion intégrée des soins prénataux, à la lutte contre le paludisme et à la survie des enfants.

Depuis la création de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida, HAI collabore avec les autorités sanitaires provinciales à la conception et à la mise en oeuvre de divers services liés au VIH, comme le traitement et les soins du VIH/sida, le conseil et le dépistage volontaire (CDV), la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), la gestion des ITS (accent mis sur la grossesse), les soins à domicile et l'appui des laboratoires [...]

HAI possède la capacité de gestion financière et administrative nécessaire à la réalisation des objectifs du programme. Le budget dont elle dispose pour le Mozambique en 2007 dépasse les 12 000 000 \$ US et est financé par plus de huit sources différentes, dont le Fonds commun du département de la santé. Ses dossiers de vérification sont impeccables, sans constatations depuis les 15 dernières années, et l'efficacité de son système de gestion financière est largement reconnue.

Si plusieurs SR sont chargés de la mise en oeuvre du projet, nous vous recommandons de décrire l'expérience que possèdent les plus importants d'entre eux en suivant l'exemple ci-dessus, et de résumer celle des autres SR en deux ou trois lignes, en vous inspirant de l'extrait suivant, tiré de la proposition sur le VIH présentée par la Tanzanie lors de la neuvième série :

Institute of Developing Studies

Le personnel de l'IDS possède compétences et expérience en recherche sur la dimension homme femme du VIH/sida. L'institut possède les capacités techniques et les ressources financières nécessaires.

Vision in Action in Partnership

L'organisation a administré les subventions accordées par la USAID, les World Food Programs et l'UNICEF pour l'aide aux familles touchées par le sida. De plus, elle a formé un partenariat avec le diocèse de Tanganyika et le Faraja Centre.

Afya Media

L'organisation possède de l'expérience en établissement de politiques financières et en administration de la sous-traitance pour la gestion des subventions des donateurs provenant de l'enveloppe du financement rapide. Ses studios de radio peuvent servir à promouvoir les programmes de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose.

Renvois

Gabon – VIH (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le point fort n° 1.

Dans cet extrait de sa proposition sur le VIH de la neuvième série, la CCM sud-africaine explique comment elle surmontera les obstacles à la performance des bénéficiaires :

Notre description ne fait pas de doute sur les capacités des PR et des SR. Nous avons pris des mesures de redressement là où nous avons relevé des lacunes. Ainsi, les ONG ont besoin de formation en CCC; c'est pourquoi nous comptons retenir les services d'un conseiller pendant deux ans afin qu'il fournisse une assistance technique en la matière à tous les SR. Les deux PR et tous les SR ont besoin de formation en gestion financière et cette activité compte au nombre de celles proposées. Pour la plupart des DPS, la proposition prévoit l'orientation du personnel des PR et des SR qui participera à l'administration de la subvention, ainsi qu'une formation de base du personnel de prestation des services. Cela représente une mise à niveau complète des capacités.

La rubrique 4.7.2 f) est nouvelle. Le Fonds mondial demande aux candidats de justifier, le cas échéant, l'absence de participation ou la participation limitée du secteur public et de la société civile à la mise en œuvre des programmes. C'est sa façon de dire que ces intervenants devraient jouer un rôle important à ce chapitre.

4.7.3 Sous-réциpiendaires à identifier

L'extrait qui suit, tiré de la proposition sur la tuberculose présentée par la Serbie lors de la neuvième série, explique pourquoi tous les SR ne sont pas désignés et décrit comment la CCM choisira les SR additionnels. (Nous vous rappelons, toutefois, que le Fonds mondial recommande fortement aux candidats de désigner tous les SR ou la plupart d'entre eux avant de présenter leur proposition.)

Afin de fournir les services DOT de la phase 2, le PR signera un contrat avec les unités sanitaires qui servent des personnes atteintes de TMR dont le traitement se poursuivra dans la phase 2. Les dispositions du contrat porteront sur les modalités de prestation des services ainsi que sur les mesures incitatives à l'intention des patients et/ou du personnel chargé du DOT. Selon la liste des adresses des patients inscrits au programme de traitement de la TMR, 23 unités signeront un contrat. À mesure que le traitement de ces patients prendra fin – et en l'absence de nouveaux cas de TMR sur leur territoire –, les unités pourront se retirer. S'il y a recrudescence de cas de TMR, le PR fera appel aux unités concernées. En outre, d'autres SR seront recrutés pour intervenir auprès des populations vulnérables et marginalisées. La CCM croit que la désignation de tous les SR à cette étape pourrait compromettre la participation d'organisations nouvellement créées au moment du lancement du projet.

Au début du projet, la CCM lancera un appel de minipropositions pour la réalisation des activités prévues dans la proposition. L'appel sera ouvert à toutes les agences gouvernementales et non gouvernementales compétentes. Le mécanisme comptera quatre étapes :

1. La CCM lancera l'appel public de minipropositions pour la mise en œuvre d'activités de DPS précis.
2. La CCM créera un groupe d'examen indépendant qui évaluera les minipropositions et lui présentera ses recommandations. Le groupe sera formé de représentants des institutions nationales et de la société civile, choisis en fonction de leur connaissance des enjeux et de leur expertise.
3. Le groupe d'examen évaluera le mérite technique des minipropositions, en fonction des critères sous-mentionnés.
4. Le groupe d'examen présentera à la CCM la liste des minipropositions dont il recommande l'approbation, ainsi qu'un plan complet et à jour de mise en œuvre des programmes au cours des deux premières années.

Le groupe évaluera les minipropositions en se fondant sur les critères suivants :

1. Structure, expérience, expertise et feuille de route du candidat
 - Expérience et compétences en réalisation de projets semblables visant les mêmes groupes cibles.
 - Mise en œuvre de programmes d'envergure avec différents donateurs.
 - Audits et/ou évaluations supérieurs pour des projets/activités semblables et/ou pour l'ensemble du travail de l'organisation.
 - Mission, mandat et valeurs de l'ONG en concordance avec ceux de la CCM et du Fonds mondial.
 - Transparence des politiques, des activités, de la structure, de l'affiliation et du financement de l'ONG.
 - Capacités éprouvées de l'organisation en matière de ressources humaines, de gestion et de contrôle financiers, de financement de base et de collecte de fonds auprès de donateurs.
 - Preuves de la collaboration avec d'autres agences, dont les intervenants locaux en soins de santé.
 - Portée des activités et territoires visés.

2. Thèmes et enjeux

- Réalisation de projets et programmes conçus avec et pour les groupes cibles visés par la proposition, ou d'activités dans le domaine.
- Expérience et compétences en réalisation de projets semblables.
- Capacité nécessaire à l'administration de l'accord de subvention.
- Approche participatoire à la planification, à la réalisation et à la gestion des projets.
- Preuves de la compréhension des enjeux et de la sensibilité à l'égard du groupe cible.
- Participation active de l'ONG aux réseaux et alliances, ainsi qu'aux activités communautaires.
- Activités visant à influencer les politiques publiques dans le domaine en cause.
- Prise de position ferme de l'ONG pour des pratiques non discriminatoires et de la protection des droits de la personne.
- Visibilité et réputation de l'organisation dans sa communauté ou son gouvernement local.

4.7.4 Coordination entre ou parmi les maîtres d'œuvre

Voici comment la CCM du Myanmar a répondu à cette question dans sa proposition sur le VIH de la neuvième série :

Il y a deux PR désignés. Save the Children chapeautera toutes les ONG internationales jouant le rôle de SR. Le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets dirigera les organismes gouvernementaux et les ONG nationales. Les activités d'un certain nombre de DPS seront mises en œuvre par des SR relevant des deux PR. Les fonctions de chaque PR sont clairement définies et les cibles liées à des indicateurs précis sont divisées entre les deux PR afin que le Fonds mondial puisse suivre l'évolution du projet et évaluer le rendement des PR.

Nous établirons un **comité de coordination des PR** composé des directeurs de projet et d'autres cadres des deux PR. La CCM devra nommer un de ses membres qui siègera au comité à titre d'observateur. Les agences à vocation technique des Nations Unies (c.-à-d. le UNAIDS et l'OMS) et un représentant du Three Diseases Fund seront aussi invités comme observateurs; leur participation favorisera une coordination efficace des activités des principaux intervenants. Le comité de coordination des PR se réunira au moins une fois par mois (et plus souvent en cas de besoin, surtout à l'étape du lancement du projet).

Au début du projet, les PR tiendront des séances conjointes de formation des SR en S&E. Les SR recevront également une formation en gestion des achats et des stocks. Dans le but d'assurer l'uniformité de la planification et des rapports au Fonds mondial, les PR dresseront un bilan semestriel des activités lors d'une réunion à laquelle assisteront tous les SR qui ont participé au projet depuis son lancement.

Plusieurs fois par année, les PR feront des visites d'encadrement dans les cantons afin de relever les cas de chevauchement des activités. Les intervenants concernés pourront ainsi trouver des moyens de redresser la situation. L'exercice permettra aussi de déterminer les cas potentiels de chevauchement, ce qui aidera à améliorer la planification des activités futures de prestation des services.

Renvois

République démocratique du Congo – VIH (8), Gambie – VIH (8), Cameroun – paludisme (9)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le point fort n° 9.

4.7.5 Renforcement de la capacité de mise en œuvre

Cette rubrique est très différente de celle des formulaires précédents.

Le Fonds mondial recommande aux candidats d'affecter entre 3 et 5 % de leur budget à l'assistance technique (AT)⁶. Le Fonds explique aussi que les candidats dont la proposition est retenue devront établir un plan d'AT; cependant, il n'est pas nécessaire de joindre le plan à la proposition. Consultez le chapitre 2, Nouveautés de la dixième série, et les directives de la dixième série du Fonds mondial pour un complément d'information.

À la rubrique 4.7.5 a), vous devez résumer les activités d'AT proposées dans le tableau prévu à cet effet. Les directives de la dixième série renferment un modèle et une description de l'information requise.

L'extrait révisé suivant, tiré de la proposition sur le paludisme présentée par le Cameroun lors de la neuvième série, renferme certains renseignements exigés par le Fonds et d'autres qui ne sont plus pertinents (la question était différente à l'époque) :

Afin d'assurer une solide performance de la subvention, nous proposons ce qui suit :

1. Assistance technique en matière de formation, de gestion des achats et des stocks, et de mobilisation des ressources

Le personnel des PR et des SR affectés à ce projet recevront une formation en gestion de projets, et plus particulièrement en ce qui concerne la présentation de rapports opportuns, la responsabilité et la transparence. Nous devons retenir les services de formateurs externes.

Les PR et les SR devront se perfectionner en gestion des achats et des stocks. L'assistance technique les aidera à faire l'achat en masse de LLIN et de TDR, et à en assurer la distribution aux établissements de district qui, à leur tour, approvisionneront les communautés. Les PR et les SR auront aussi besoin d'assistance pour la distribution de LLIN de 2011 à 2014, après la campagne de distribution à grande échelle. Cette campagne secondaire garantira la protection universelle des collectivités. Les intervenants auront aussi besoin d'assistance technique pour planifier et mener la campagne principale. Il s'agira de distribuer des LLIN simultanément dans toutes les régions du pays pendant une période d'une semaine.

Le projet vise également le renforcement des capacités des organisations de la société civile en matière de gestion, de gouvernance et de mobilisation des ressources. Afin de mener l'activité à bien, nous aurons besoin d'assistance technique externe pour la formation en développement institutionnel et en mentorat.

Les PR et les SR devront perfectionner leurs compétences en gestion, en justification des budgets et en préparation de rapports financiers afin de garantir le décaissement des subventions du Fonds mondial en temps opportun. Ils seront tous formés par des conseillers externes; les PR formeront ensuite les organisations communautaires. Les états financiers devront être vérifiés régulièrement par des organisations compétentes pour faire en sorte que les principes de la transparence et de l'obligation de rendre compte soient respectés pendant toute la durée du projet. Une fois formés, les PR pourront appuyer les activités de vérification et d'inventaire des SR, au besoin.

⁶ Ces pourcentages sont fournis à titre indicatif seulement, comme l'explique le Fonds mondial à la question 3.1.14 de la FAQ de la dixième série : « [...] la demande peut être supérieure ou inférieure à la fourchette de pourcentage indicative en fonction du contexte national [...] ».

2. Détermination des besoins d'assistance technique

Les outils suivants ont servi à la détermination des besoins susmentionnés :

- a. l'évaluation du système de S&E du NMCP, menée en novembre 2007;
- b. le plan stratégique national de 2007-2010 du NMCP;
- c. les évaluations internes des PR et des SR;
- d. le rapport annuel 2008 du NMCP.

Des mesures seront prises pour combler toute autre lacune relevée durant les évaluations ultérieures des capacités des PR et des SR.

3. Mécanisme transparent de sollicitation d'assistance technique

Nous solliciterons directement l'assistance technique du partenariat Roll Back Malaria et du Fonds mondial. Nous lancerons des appels d'offres internationaux et nationaux pour combler nos autres besoins d'assistance technique, le cas échéant.

4. Mesures qui seront prises pour évaluer l'efficacité de l'assistance et en modifier les modalités en vue d'en assurer la qualité

Nous mesurerons l'efficacité de l'assistance technique fournie dans le cadre du projet au moyen d'une évaluation initiale, d'un bilan de mi-parcours et d'une évaluation finale des indicateurs du paludisme. Nous recueillerons des données qualitatives afin de relever les failles du mécanisme d'assistance technique qui pourraient compromettre la bonne marche du projet.

Renvois

Tchad – VIH (8), Moldavie – VIH (8), Thaïlande – VIH (8), Bélarus – tuberculose (9), Tadjikistan – tuberculose (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le point fort n° 4.

4.8. Produits pharmaceutiques et autres produits sanitaires

4.8.4 Alignement sur les systèmes existants

Voici comment la CCM d'Éthiopie a répondu à cette question dans sa proposition sur le paludisme de la huitième série :

La gestion des stocks additionnels de médicaments et de produits sanitaires sera assurée principalement par les mécanismes nationaux établis. C'est pourquoi la Pharmaceutical Funds and Supply Agency (PFSA) assure la gestion des achats et des stocks de produits sanitaires au pays depuis 2007. La création de cette agence s'insère dans le plan directeur quinquennal d'intendance du ministère fédéral de la Santé. Ce plan prévoit, entre autres, la conception d'un nouveau système d'achat de produits sanitaires pour le secteur public du pays. Le nouveau mécanisme de distribution mettra l'accent sur l'efficacité des fonctions d'intendance en utilisant un réseau d'entrepôts en rayon, organisé en fonction de la densité de population, de la géographie du territoire et des itinéraires d'acheminement. Les coûts d'entreposage et de transport sont équilibrés, et les capacités logistiques sont concentrées dans un petit nombre de centres d'acheminement. Par conséquent, le système est formé d'un centre principal et de centres secondaires, caractérisés par l'emplacement, l'accès et les bassins de population (le centre principal servant généralement un plus grand bassin de population que les centres secondaires).

La PFSA gèrera l'achat de tous les produits sanitaires prévus dans la proposition. Cela dit, si l'agence n'est pas en mesure de se procurer certains articles, ou si elle prévoit des contretemps, elle confiera la tâche à d'autres agents compétents, dont l'UNICEF (comme elle l'a fait lors des séries 2 et 5). Comme la PFSA relève du ministère de la Santé, le personnel des deux entités collaborera étroitement à la détermination des besoins, à la planification des achats et à la distribution des produits. L'entreposage et la livraison des produits aux bénéficiaires se feront aussi au moyen du système existant.

L'autre organisme gouvernemental concerné est la Drug Administration and Control Authority, qui est dans l'obligation de rendre des comptes au ministère de la Santé. Cet organisme est chargé de contrôler la qualité de tous les produits sanitaires, de l'enregistrement des produits et de la pharmacovigilance. Il possède un système bien structuré de suivi des médicaments, dont les antipaludéens.

4.8.5. Systèmes de stockage et de distribution

Voici comment la CCM de l'Azerbaïdjan a répondu à la question sur la capacité d'entreposage de la rubrique 4.8.5 b) dans sa proposition sur la tuberculose de la septième série :

Le Research Institute of Lung Diseases (RILD), à titre d'unité centrale (UC) du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT), est responsable du dédouanement, du stockage et de l'inventaire des produits pharmaceutiques et médicaux nécessaires dans le cadre du programme, y compris des produits achetés avec l'aide du Fonds mondial. La procédure d'entreposage à l'aéroport, de dédouanement et de ramassage de l'UC fonctionne bien.

Actuellement, les médicaments de première ligne utilisés dans le traitement de la tuberculose sont stockés à l'entrepôt central. La capacité de stockage de cet entrepôt est suffisante et respecte les conditions d'entreposage. Des rénovations devront quand même y être effectuées afin de répondre à la demande croissante (besoin de plus d'espace, de mieux contrôler la température et l'humidité, etc.), notamment pour être en mesure de stocker de nouveaux arrivages de médicaments et de produits consommables destinés à la gestion de la tuberculose pharmacorésistante, comme demandé par la présente proposition.

Les locaux affectés au traitement des patients hospitalisés atteints de tuberculose pharmacorésistante (au RILD et au dispensaire no 6 de Bakou) seront rénovés afin d'assurer des conditions de stockage adéquates. Dans le secteur pénitencier (quatrième site), la salle destinée au traitement de la tuberculose pharmacorésistante, qui vient d'être rénovée, dispose de bonnes conditions de stockage. Puisque les médicaments de deuxième ligne utilisés dans les traitements de catégorie IV doivent être entreposés dans des conditions spéciales (ils doivent être réfrigérés), il faudra envisager l'achat d'équipement frigorifique (pour les locaux destinés au traitement des patients hospitalisés ainsi que les cliniques de soins ambulatoires qui assurent leur suivi).

À la rubrique 4.8.5 b), les candidats dont la proposition représente un changement important de la quantité de produits à entreposer doivent en estimer la différence relative en pourcentage et décrire ce qu'ils feront pour augmenter les capacités de stockage. Voici comment la CCM du Bénin a répondu à la question dans sa proposition sur le VIH de la neuvième série :

La Centrale d'achat de médicaments essentiels (CAME) devra augmenter ses capacités de stockage en fonction de la quantité accrue de médicaments nécessaires au projet. Cette augmentation est estimée à environ 15 %. Si la CAME devient la plaque tournante de stockage pour les différents programmes nationaux, elle n'aura pas suffisamment d'espace pour répondre aux besoins actuels ET aux nouveaux besoins, et ne pourra plus respecter les normes en matière d'entreposage. Les installations ne suffiront plus à accommoder le nombre croissant de partenaires qui tentent de répondre à des besoins accrus en matière de santé au Bénin. C'est pourquoi la CAME loue de plus en plus d'entrepôts. Elle a bâti un grand entrepôt au nord de Cotonou pour augmenter sa capacité de stockage. Notre proposition prévoit une restructuration des installations centrales de la CAME, des entrepôts régionaux à Parakou et à Natitingou ainsi que des centres d'acheminement dans les 34 districts sanitaires. Ces mesures augmenteraient la capacité de stockage des installations et garantiraient la conformité aux pratiques exemplaires en matière de gestion des stocks. On prévoit aussi déménager le siège de la CAME et transformer les locaux actuels en centre d'acheminement régional vers les établissements de santé du sud du pays.

La structure de la réponse pour le point c) (capacité de distribution) sera essentiellement la même que pour les points a) et b).

RUBRIQUE 5 : DEMANDE DE FINANCEMENT

5.1 Analyse des écarts financiers

Le premier tableau de la rubrique 5.1 est relativement simple, mais certains candidats auront peut-être de la difficulté à distinguer les rubriques des propositions régulières de celles des propositions consolidées. La partie D est la plus compliquée, vu la profusion de D1, D2, D1-A et ainsi de suite.

Si vous présentez une proposition régulière, passez outre les parties portant sur les propositions consolidées (c.-à-d. l'option 1). Si vous y arrivez, le reste sera un jeu d'enfant.

Si vous présentez une proposition consolidée, lisez très attentivement les sections pertinentes des directives de la dixième série.

Aux candidats qui présentent une proposition MARP : N'oubliez pas que le montant des subventions est plafonné à 5 millions de dollars pour les deux premières années et à 12,5 millions pour l'ensemble de la durée de la proposition.

5.1.1 Explication des besoins financiers et complémentarité du financement du Fonds mondial

Voici comment la CCM du Myanmar a répondu aux points a) et b) de cette question dans sa proposition sur le VIH de la neuvième série :

Nous avons estimé les besoins financiers pour la période 2007-2010 en nous fondant sur les budgets et les priorités des plans d'exploitation du plan stratégique national (2006-2009 et 2008-2010). Chaque plan d'exploitation comprend une gamme de services dans différents domaines d'intervention, ainsi que l'énoncé des buts nationaux s'y rapportant. Un budget détaillé a été établi pour chaque gamme de services dans le but de déterminer l'ensemble des besoins financiers au niveau national.

Des groupes de travail ont établi les coûts unitaires de chacune des principales interventions prévues dans le plan stratégique national. Les groupes relevaient du comité technique et stratégique pour le sida, qui assure la coordination entre tous les intervenants dans la lutte contre le VIH au pays. L'estimation des ressources nécessaires pour 2011-2014 est fondée sur ces mêmes coûts unitaires et prévoit une augmentation échelonnée des dépenses proportionnelle à l'accroissement du nombre de personnes ayant accès aux services de prévention et aux médicaments.

La participation du gouvernement, des ONG et des organisations communautaires à la planification (groupes de travail et comité technique et stratégique pour le sida) assure la représentation des intérêts de tous les intervenants [...]

La rubrique 5.1.1 c) est nouvelle; elle porte sur la complémentarité du financement, comme l'indique son libellé. Vous devez décrire comment le financement du Fonds mondial permettra d'obtenir des résultats programmatiques supérieurs à ceux que les pays participants pourraient atteindre en ne comptant que sur leurs ressources actuelles ou prévues.

5.1.2 Financements apportés par le candidat

Voici comment la CCM zambienne a répondu à la question b) dans sa proposition sur le VIH de la huitième série :

Le gouvernement a établi des mécanismes permettant une affectation efficace, transparente et équitable des ressources. En voici des exemples :

- Le ministère des Finances et de la Planification nationale reçoit un bilan trimestriel qui décrit les priorités budgétaires du trimestre suivant, ainsi que l'affectation des fonds durant le trimestre précédent.
- Un groupe consultatif du secteur VIH/sida fournit expertise et conseils aux fonctionnaires en matière de mise en œuvre des programmes, et de disponibilité et d'affectation des ressources. Le groupe, composé d'intervenants du secteur public, des partenaires, du secteur privé et de la société civile, se réunit tous les six mois.
- Le ministère de la Santé finance les activités des autres paliers de gouvernement en fonction des besoins, selon une formule préétablie. La formule est fondée, entre autres, sur l'indice de la population, la pauvreté matérielle et l'éloignement des districts, ce qui favorise l'affectation équitable des ressources.
- Un cadre national permet d'assurer l'uniformité des activités de S&E de tous les établissements du secteur VIH/sida.

Une fois l'an, le secteur VIH/sida procède à un examen programmatique conjoint pour assurer le suivi et l'évaluation des activités de l'année précédente. Les conclusions de l'examen servent de tremplin à la planification et à la mise en œuvre des interventions de la période suivante, tant au palier national qu'aux paliers provincial et de district.

Les districts et les provinces rendent compte mensuellement de l'évolution de leurs programmes et des ajustements nécessaires (le cas échéant) en remplissant un formulaire national normalisé. Les données ainsi recueillies sont traitées par le système national de S&E.

5.1.3 Financement externe

Voici comment la CCM zambienne a décrit l'état du financement externe dans sa proposition sur le VIH de la huitième série :

L'analyse des lacunes qui a servi à l'établissement du budget reflète la réduction anticipée du financement externe pendant toute la durée de la proposition. La fin du projet ZANARA (interventions nationales de lutte contre le VIH/sida), financé par la Banque mondiale, aura l'incidence la plus marquée sur la mise en œuvre des programmes. Afin d'assurer la pérennité et de préserver les gains du projet, et plus particulièrement de son volet communautaire, nous proposons d'en confier l'exécution à deux PR.

Le programme financé par le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) tire à sa fin. Le PEPFAR a été l'un des principaux bailleurs de fonds de la lutte contre le VIH/sida en Zambie. Bien qu'on ait discuté de la possibilité d'élaborer un programme de remplacement (PEPFAR II), personne n'en connaît l'échéancier ni le budget. L'hypothèse retenue pour l'analyse des lacunes est celle du maintien du degré de financement.

5.2 Budget détaillé

Le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* mentionne deux propositions de la huitième série dont le budget a été cité en exemple par le TRP : celle sur le paludisme de l'Éthiopie et celle sur la tuberculose de Madagascar. Vous les trouverez à l'adresse www.aidspan.org/documents/globalfund/trp/round_8/Madagascar-TB-Budget.xls et www.aidspan.org/documents/globalfund/trp/round_8/Madagascar-TB-Budget.xls, respectivement.

Vous pouvez consulter la version intégrale du rapport d'Aidspan à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications.

5.4. Résumé du budget détaillé par catégorie de coût

5.4.1 Contexte global du budget

Voici comment la CCM indonésienne a expliqué la variation des catégories de coûts (par an) et les dépenses quinquennales inhabituelles dans sa proposition sur le VIH de la huitième série :

Plusieurs des postes du budget de la dernière année sont considérablement plus élevés que ceux des années précédentes à cause des facteurs suivants : des cibles élevées et l'augmentation correspondante des dépenses, et les dépenses liées à l'enquête de surveillance comportementale et biologique, les études d'impact et la vérification. Le montant total des dépenses d'achat et de gestion des stocks encourues durant la période de cinq ans s'élève à 39 102 140 \$ US, soit 30 % du montant de la subvention. [ventilation]

Le budget administratif quinquennal, qui comprend un poste d'assistance technique et de S&E pour les trois PR, est de 26 273 806 \$ US, soit un montant anormalement élevé.

L'équipe de rédaction a prévu une assistance plus soutenue de l'organisation qui sera la première de la société civile à être désignée comme PR d'une subvention pour le sida du Fonds mondial. Il est essentiel de bien encadrer ce PR afin de fournir à la société civile du pays l'occasion de renforcer ses capacités de gestion et de mise en œuvre des subventions. La réussite du PR prouverait que la société civile peut gérer d'importantes subventions provenant non seulement du Fonds mondial, mais d'autres bailleurs de fonds.

5.4.2 Ressources humaines

Il s'agit d'une nouvelle rubrique. Le Fonds mondial l'a ajoutée pour s'assurer que les salaires payés en tout ou en partie par ses subventions reflètent les fourchettes salariales en vigueur dans le secteur médical du pays, ce qui n'a peut-être pas toujours été le cas par le passé.

Voici comment la CCM du Swaziland a répondu à la question 5.4.2 b) dans sa proposition sur le paludisme de la huitième série :

À mesure que le Swaziland renforcera ses interventions pour passer du contrôle à l'élimination du paludisme, il devra prévoir d'importants investissements sur le plan des ressources humaines, particulièrement dans le domaine de la surveillance. Ces investissements favoriseront aussi la viabilité à long terme d'une stratégie efficace d'élimination du paludisme.

Le tableau 1 illustre les besoins en ressources humaines décrits dans la proposition. Tous les employés à temps plein seront embauchés durant la première année de mise en œuvre de la subvention; la fourchette salariale sera la même que celle en vigueur pour les fonctionnaires à temps plein qui occupent des fonctions semblables au sein du gouvernement du pays. Les augmentations salariales au cours des cinq ans tiennent compte du taux élevé d'inflation du pays (c.-à-d. 10 %). Tous les sous-traitants signeront des contrats renouvelables d'un an, exception faite des analystes et des agents de collecte de données de l'enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, qui signeront un contrat de deux ans. Les sous-traitants seront rémunérés en fonction des tarifs en vigueur. Le poste budgétaire des ressources humaines restera le même pendant toute la durée de la subvention puisqu'il faut des ressources humaines stables pour offrir un programme complet de lutte contre le paludisme.

[Nous n'avons pas reproduit le tableau 1.]

5.4.3 Autres postes représentant des dépenses importantes

Voici comment la CCM indonésienne a décrit les autres dépenses importantes dans sa proposition sur le VIH de la huitième série :

L'achat de quatre appareils de réaction en chaîne de la polymérase (PCR) et d'un appareil de séquençage compte parmi les dépenses les plus importantes de la proposition. Le coût unitaire des appareils de PCR est de 120 000 \$ US et l'appareil de séquençage coûte 220 000 \$ US. Il s'agit d'équipement jugé essentiel à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge du VIH.

Les quatre appareils de PCR serviront à mesurer la charge virale plasmatique. À l'heure actuelle, il n'y a que deux de ces appareils au pays, ce qui est nettement insuffisant pour répondre à tous les besoins des différentes régions. Afin de raccourcir le temps de réaction et de mieux soigner les patients qui prennent des antirétroviraux, nous proposons que les services clés soient transférés aux régions.

L'appareil de séquençage servira à mesurer la pharmacorésistance des souches de VIH. À l'heure actuelle, tout le séquençage est fait à l'étranger, faute d'appareil. Cette pratique est dispendieuse et chronophage. On évalue à moins de 5 % les cas de pharmacorésistance du VIH à tous les médicaments ou à certaines catégories de médicaments. Le succès des programmes de surveillance de la pharmacorésistance et de gestion des interventions préventives repose sur l'accès à des laboratoires bien équipés.

Il faudra des fonds importants pour mettre en place un système de gestion régionale et centrale des achats et des stocks (système d'information/banque de données sur le web). On estime que l'activité coûtera 300 000 \$ US (conception et installation des logiciels = 100 000 \$ US; honoraires des concepteurs = 50 000 \$ US; maintenance et gestion des données = 150 000 \$ US). Cette activité est décrite à la section qui porte sur l'amélioration des fonctions d'achat et de distribution, à la rubrique sur le renforcement transversal des systèmes de santé, sous « gestion et maintenance de la technologie ». L'activité est un prolongement des interventions de la phase 2 de la quatrième série, qui visaient l'amélioration de la gestion des achats et des stocks d'antirétroviraux. Il n'y avait pas de poste pour l'élaboration d'un système d'information dans la proposition de la quatrième série.

5.4.4 Mesure des coûts unitaires des services et du coût-efficacité

Il s'agit d'une nouvelle question qui s'apparente à la [rubrique 4.5.3](#) (Améliorer le rapport coûts/bénéfices). Lisez les conseils d'Aidspan sur le sujet (cliquez sur le lien). Le Fonds mondial sait qu'il se pourrait que les candidats n'aient pas facilement accès à toute l'information demandée. Cela dit, il leur demande, à tout le moins, de décrire les mesures prises pour mesurer et estimer les coûts de prestation des services. Notez aussi que le Fonds recommande aux candidats d'inclure un poste pour la mesure périodique des coûts unitaires des services dans le budget de leur proposition.

RUBRIQUE 4B RENFORCEMENT TRANSVERSAL DES SYSTÈMES DE SANTÉ (RSS) – DESCRIPTION DU PROGRAMME

Aux candidats qui présentent une proposition MARP : Vous ne pouvez pas inclure d'activités RSS dans votre proposition sur le VIH. Cependant, vous pouvez en inclure dans une proposition sur la tuberculose ou le paludisme, si vous en présentez une.

4B.1 Descriptions des interventions transversales de RSS

Voici comment la CCM de Zambie a justifié, dans une proposition de la huitième série, son intervention visant à renforcer les systèmes communautaires pour rapprocher les services de santé le plus près possible des gens. Il s'agit d'un extrait révisé.

L'augmentation des inscriptions dans les établissements de formation des travailleurs sanitaires – et l'augmentation annuelle correspondante de diplômés – aidera la Zambie à répondre aux besoins sanitaires de la population et à se rapprocher des OMD, mais ne suffira pas à éliminer l'écart entre le nombre actuel et le nombre nécessaire de travailleurs sanitaires au pays. Afin de tirer le meilleur parti possible du nombre limité de professionnels de la santé, il faudra mettre en place de nouveaux modèles de prestation des services de santé qui font le meilleur usage possible des compétences des travailleurs et des agents de santé communautaire. Ces personnes tissent des liens solides et essentiels entre le système de santé officiel et la population, en améliorant l'accès aux services, la communication avec les patients, la conformité aux régimes thérapeutiques, les programmes d'approche, la prévention et le diagnostic précoce dans les collectivités insuffisamment desservies.

Les travailleurs et les agents de santé communautaire participent au système de santé zambien depuis de nombreuses années. Cependant, parce qu'il n'existe aucun code professionnel pour les désigner dans les rapports officiels, on en ignore le nombre exact. Au fil des ans, différents programmes ont fait appel à leurs services, sans pourtant normaliser leur description de travail. Plusieurs travailleurs et agents de santé communautaire sont des bénévoles mal récompensés de programmes « verticaux » de lutte contre la maladie.

Les travailleurs et les agents sanitaires vivent dans la collectivité ou la connaissent bien. Ils servent de pont entre les services sociaux, communautaires et de santé, d'une part, et les populations mal desservies et difficiles à joindre, de l'autre. La formation des travailleurs sanitaires leur permet de fournir des services élémentaires d'éducation sanitaire et d'aiguillage vers différents services, et d'aider la population à se retrouver dans le labyrinthe des services sociaux et de santé. Les travailleurs s'occupent, entre autres, d'éducation sanitaire, d'aiguillage et de suivi, de gestion des cas et de plaidoyer. Ils visitent aussi, chez eux, les femmes enceintes (chez qui les risques de problèmes – dont la naissance d'enfants de faible poids et la mortalité infantile – sont plus élevés) et les malades chroniques qui prennent des antirétroviraux ou des médicaments antituberculeux.

Les agents sanitaires, pour leur part, se concentrent sur des tâches précises, dont la distribution de produits, la fourniture d'information et de documents sur la santé, ainsi que le suivi de l'adhérence aux traitements et le soutien des patients dans ce domaine.

Dans une proposition de la neuvième série, le Bénin a décrit les liens visant l'amélioration des résultats d'une intervention de renforcement des établissements de soins de santé par l'accès à un personnel qualifié. En voici une version révisée :

Nous croyons que cette intervention redorera le blason des établissements gouvernementaux de soins de santé. Les personnes vivant avec le VIH et les patients atteints de tuberculose et de paludisme devraient davantage se prévaloir des services de santé publics, car cela leur permettrait de bénéficier de soins de santé holistiques. Les activités ont été conçues dans cette optique :

- La première série d'activités a pour but d'améliorer la gestion stratégique et fonctionnelle des ressources humaines du secteur de la santé afin que le personnel fasse de nouveau confiance aux dirigeants du ministère de la Santé et croit en leur volonté de servir les patients.
- La deuxième série d'activités mise sur la présence d'un personnel formé et compétent pour élargir la gamme de services offerts à la population dans les établissements publics.
- La dernière activité vise l'amélioration de la qualité des services de santé publics par l'adoption de mesures incitatives à l'intention du personnel.

Les activités décrites dans cette proposition aideront à renforcer les efforts du gouvernement du Bénin à développer les ressources humaines dans le secteur de la santé.

Consultez aussi la note d'information du Fonds mondial sur le RSS, à l'adresse www.theglobalfund.org/fr/applicationfaq/?lang=fr.

Renvois

Bélarus (8), Guyana (8), Swaziland (8),
Zimbabwe (8)

Vous trouverez les liens vers ces propositions dans le document *Points forts des propositions des huitième et neuvième séries présentées au Fonds mondial – Un rapport d'Aidspan* à l'adresse www.aidspan.org/aidspanpublications. Consultez le chapitre 3.

4B.2 Implication des acteurs principaux du RSS dans l'élaboration de la proposition

Voici comment la CCM du Bénin a répondu à cette question dans une proposition de la neuvième série :

Les intervenants du système de santé qui ont participé à la détermination et au développement des interventions transversales de RSS – et plus particulièrement à la détermination des lacunes du système et des interventions clés – représentaient le secteur public, la société civile et les partenaires multilatéraux. Certains étaient des membres de la CCM. Leur participation était fonction de leurs connaissances et compétences en la matière. Voici la liste des organismes représentés :

- le ministère de la Santé : Comité national de lutte contre le sida, organisations nationales de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le sida;
- les ONG internationales (Plan Bénin, Catholic Relief Service, Population Services International, Care, GIP Esther) et les ONG nationales (Caritas, Coalition des entreprises béninoises et associations privées pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Association béninoise pour la promotion de la famille, Réseau des ONG béninoises de santé, Réseau des associations béninoises de jeunes engagés dans la lutte contre le sida;
- les partenaires multilatéraux [liste].

Nous avons choisi des donateurs qui soutiennent les programmes du ministère de la Santé, ainsi que des intervenants de première ligne qui ont exercé un certain contrôle sur les points forts et les faiblesses du système de santé. Ces institutions ont participé au forum sur la santé (novembre 2007) et à l'élaboration du nouveau plan national de développement de la santé, 2009-2010, sur lequel reposent toutes les activités proposées. Elles ont aussi aidé le Bénin à préparer sa soumission à la Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI), ce qui leur permet de participer à l'analyse des lacunes programmatiques et financières qui pourraient être comblées grâce à un financement additionnel. Ensemble, les intervenants ont contribué à la rédaction de la proposition de la neuvième série en faisant une analyse situationnelle du système de santé en fonction des trois maladies prioritaires, à savoir le sida, la tuberculose et le paludisme. Ils ont également fait de bonnes suggestions pour l'intégration des interventions transversales de RSS à la proposition.

4B.3. Stratégie d'atténuation des conséquences involontaires

Voici comment la CCM de Zambie a décrit une conséquence involontaire possible et la façon de la gérer dans une proposition de la neuvième série :

Les interventions transversales de RSS que nous proposons sont à ce point chronophages qu'elles pourraient détourner une part importante des capacités de gestion et de leadership, au détriment d'autres grandes priorités nationales. Afin d'éviter cet état de choses, nous avons pris deux décisions importantes. D'abord, les activités proposées seront les plus importantes en ce qui concerne d'autres besoins et impacts, ce qui justifiera les ressources qui y seront consacrées. Ensuite, il faudra renforcer les capacités au niveau central afin d'atténuer les effets négatifs des interventions transversales sur les priorités de second ordre. Par conséquent, le premier objectif associé aux ressources humaines sera l'embauche de cadres additionnels qui dirigeront la mise en œuvre des interventions.

RUBRIQUE 5B : RENFORCEMENT TRANSVERSAL DES SYSTÈMES DE SANTÉ (RSS) – DEMANDE DE FINANCEMENT

La rubrique 5B est presque identique à certaines questions de la rubrique 5. Le tableau suivant renvoie aux directives pertinentes :

Questions de la rubrique 5B	Voir
Rubrique 5B.1 : Budget détaillé	Rubrique 5.2 du présent chapitre
Rubrique 5B.2 : Résumé du budget détaillé par objectif et par domaine de prestation de services	Rubrique 5B.2 des directives de la dixième série
Rubrique 5B.4.1 – Rubrique 5B.4.3 : Écarts dans les catégories de coût, etc.	Rubrique 5.4.1 et suivantes

Annexe I : Critères d'évaluation des propositions

Le Comité technique d'examen des propositions (TRP) se fondera sur ces critères pour évaluer les propositions de la dixième série. Le texte souligné correspond aux critères modifiés ou à ceux ajoutés depuis la neuvième série.

Bien-fondé de l'approche :

- Interventions conformes aux pratiques internationales recommandées (définies dans la stratégie Halte à la tuberculose, le plan stratégique Faire reculer le paludisme, la stratégie mondiale du secteur santé de lutte contre le VIH/SIDA de l'OMS et les autres stratégies et directives de l'OMS et d'ONUSIDA) en vue d'accroître la couverture des services dans la région où les interventions sont proposées, et de démontrer les impacts potentiels ;
- Analyse situationnelle de l'évaluation des risques et de la vulnérabilité vis-à-vis des trois maladies et de leur impact pour les femmes et les filles, mais aussi les hommes et les garçons, et adoption de réponses programmatiques appropriées qui donnent les moyens d'agir aux femmes, aux filles et aux jeunes, promotion de l'égalité des sexes, prise en compte des facteurs structurels et culturels accroissant le risque et la vulnérabilité et contribution à la modification des normes néfastes en matière de genre ;
- Priorité accordée à, et programmes ciblant de façon appropriée, les principales populations affectées, y compris, mais sans s'y limiter, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les communautés transgenres, les professionnels du sexe, les migrants et les prisonniers ;
- Priorité accordée au renforcement de la participation des communautés et personnes infectées et affectées par les trois maladies dans l'élaboration et la mise en oeuvre des propositions ;
- Interventions fondées sur des preuves ;
- Interventions permettant une optimisation de l'utilisation des ressources (qui peut être définie comme l'utilisation de l'intervention la plus coût-efficace, si elle est appropriée, pour atteindre les résultats voulus) ;
- Mobilisation d'un large éventail de partenaires dans la mise en oeuvre, notamment en renforçant les partenariats entre gouvernement, société civile, communautés touchées et secteur privé ;
- Prise en compte des problèmes de droits de l'homme et d'égalité des sexes et recours à des approches basées sur les droits de l'homme pour lutter contre les trois maladies, notamment en contribuant à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des personnes atteintes et affectées par la tuberculose et le VIH/SIDA, en particulier les populations marginalisées ou criminalisées comme les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les communautés transgenres, les travailleurs du sexe et les autres populations affectées ; et
- Cohérence avec les obligations internationales, telles que celles du traité de l'Organisation mondiale du commerce concernant les aspects commerciaux des droits de propriété intellectuelle (accord ADPIC), notamment la déclaration ministérielle de Doha sur l'accord ADPIC et la santé publique, et encouragement des efforts en vue de produire des médicaments et des produits de qualité au plus bas prix possible pour les personnes qui en ont besoin, tout en assurant la protection de la propriété intellectuelle.

Faisabilité :

- Preuves solides de la faisabilité technique et programmatique des modalités de mise en oeuvre appropriées pour le contexte spécifique au pays, y compris, le cas échéant, le soutien à des interventions décentralisées et/ou à des approches participatives (notamment celles qui impliquent les secteurs public, privé et non gouvernemental, ainsi que les communautés touchées par les maladies) pour la prévention et le contrôle de la maladie;
- Propositions basées sur, complétant et coordonnées avec des programmes existants (y compris ceux qui bénéficient de subventions du Fonds mondial) soutenant les politiques, les plans, les priorités et les partenariats nationaux, dont les plans nationaux de développement du secteur santé, les stratégies de réduction de la pauvreté et les approches sectorielles (le cas échéant) ;
- Preuve de la mise en oeuvre concluante de programmes financés précédemment par des bailleurs de fonds internationaux (y compris le Fonds mondial) et, le cas échéant, des décaissements et de l'utilisation efficaces des fonds (à cette fin, le TRP utilise les fiches de résultats et les rapports d'utilisation des subventions, ainsi que d'autres documents ayant trait à une ou des subventions précédentes relatives à des programmes financés par le Fonds mondial) ;
- Application d'approches novatrices pour amplifier les programmes de prévention, de traitement et de soins et soutien, notamment en direction des principales populations affectées, par exemple par la mobilisation de soignants du secteur privé et/ou des communautés affectées pour la prestation de services et le renforcement communautaire ;
- Identification, par rapport aux précédentes propositions pour la même composante soumises au Fonds mondial par la filière des Séries mais rejetées, de la manière dont la proposition comble les lacunes ou clarifie les points obscurs évoqués par le TRP ;
- Accent mis sur les résultats en rapportant les ressources (contributions) aux réalisations (personnes touchées par les services clés) et aux résultats (évolution de la maladie sur le plus long terme), à l'aune d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs ;
- Preuve que les interventions proposées sont pertinentes par rapport à l'évolution de l'épidémie et à la situation épidémiologique spécifique du pays et ciblent de façon appropriée les communautés les plus affectées (en tenant compte de problèmes tels que la pharmacorésistance et la différenciation des genres en matière de vulnérabilité et d'impact) ;
- Développement et renforcement des systèmes et processus de mesure de l'impact dans le pays, visant à assurer l'efficacité des communications et des évaluations relatives aux performances ; et
- Identification et résolution d'éventuelles carences en capacités techniques et de gestion liées à la mise en oeuvre des activités proposées, grâce à l'assistance technique et au renforcement des capacités.

Potentiel de pérennité et d'impact :

- Nécessité de renforcer et de refléter une mobilisation et un engagement politiques durables de haut niveau, ainsi qu'une politique et un cadre juridique favorables, notamment par l'intermédiaire d'une Instance de coordination nationale, sous nationale ou régionale représentative de tous les secteurs et forte d'un système de gouvernance transparent ;
- Preuve que le financement du Fonds mondial viendra en supplément des efforts actuels de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, sans les remplace
- Preuve du potentiel de durabilité de l'approche définie, notamment par la capacité à absorber l'augmentation des ressources et les dépenses récurrentes ; Coordination

avec les initiatives et les partenariats multilatéraux et bilatéraux (tels que l'initiative d'accès universel de l'OMS/ONUSIDA, le partenariat Halte à la tuberculose, le partenariat Faire reculer le paludisme, les "Trois principes" et la campagne de l'UNICEF "Unissons-nous pour les enfants. Unissons-nous contre le SIDA" en vue d'obtenir les résultats recherchés par les plans nationaux de développement du secteur santé (s'ils existent) ;

- Preuve que la proposition contribuera au recul général de la maladie et à la réduction de sa prévalence, de son incidence, de la morbidité et/ou de la mortalité ;
- Preuve de la contribution de la proposition au renforcement du système national de santé et ses différentes composantes (par ex., les ressources humaines, la prestation de services, l'infrastructure, la gestion des achats et des stocks) ;
- Preuve que la proposition contribuera au renforcement durable de la société civile et des systèmes communautaires à travers ses différentes composantes (par ex., capacité de gestion, prestation de services et infrastructure) en insistant sur les principales populations affectées ; et
- Preuve de la mise en oeuvre d'un processus continu et d'un système de suivi et d'évaluation de l'impact pour améliorer les actions en cours et déterminer l'impact global des programmes.