

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Genève, mars 2003

<p><i>Réservé au Secrétariat du Fonds mondial: Date de réception: N° ID:</i></p>
--

FORMULAIRE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union –Discipline-Travail

CARE INTERNATIONAL

**PROPOSITION AU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE
LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME**

**PREVENTION DE L'EXTENSION DE L'EPIDEMIE A VIH/SIDA DANS
UN**

CONTEXTE DE CRISE POLITICO-MILITAIRE AIGUE

EN CÔTE D'IVOIRE

SECTION I: Résumé d'orientation de la proposition

Remarque: le résumé d'orientation sera utilisé pour présenter un aperçu de la proposition à plusieurs membres du Secrétariat, du Groupe d'examen technique et du Conseil du Fonds mondial.

A COMPLETER APRES AVOIR COMPLETE LES AUTRES SECTIONS

Informations générales:

Tableau I.a

Titre de la proposition (Le titre doit traduire la portée de la proposition) :	Prévention de l'extension de l'épidémie à VIH/SIDA dans un contexte de crise politico-militaire aigüe en Côte d'Ivoire		
Pays ou région concernée:	CÔTE D'IVOIRE		
Nom du demandeur:	CARE International		
Groupes représentés dans le CCM (indiquez le nombre de membres de chaque catégorie):	Gouvernement – Ministère de la santé		NU/Institution multilatérale
	Gouvernement – Autres ministères		Institution bilatérale
	ONG/Organisations communautaires		Organisations universitaires/éducatives
	Secteur privé		Groupes religieux/confessionnels
	Personnes atteintes du VIH/tuberculose/paludisme*		Autre (veuillez préciser):

* Selon les caractéristiques/le profil épidémiologique national

*** Si la proposition est entièrement intégrée – une composante ne peut être séparée des autres – et si la ventilation des budgets s'avère irréaliste ou infaisable, complétez uniquement la ligne "Total".

Si la proposition n'est PAS soumise à travers un CCM, expliquez pourquoi:

La Côte d'Ivoire connaît depuis la mi-septembre 2002, une grave crise militaro-politique. Environ 50% du territoire est sous le contrôle des forces rebelles. Dans cette zone, les prestations administratives sont quasi inexistantes. Les services décentralisés des Ministères et les Municipalités ne fonctionnent plus, la plupart des agents de l'Etat ont fui vers le sud et ceux qui sont restés en zone rebelle ne travaillent plus. Cette situation a eu des effets particulièrement sévères dans le secteur de la santé. On estime à environ 80 % le nombre de structures sanitaires qui ne fonctionnent plus. L'approvisionnement en médicaments et en petit équipement a été interrompu. Au niveau du secteur privé, les organisations non gouvernementales ont suspendu leurs interventions, notamment la prévention de l'infection à VIH/SIDA menées par les ONG locales et le marketing social des condoms. En dehors des prestations humanitaires des ONG internationales comme MSF ou MDM, et de certains centres de santé confessionnels, aucune activité structurée de promotion de la santé n'est actuellement menée.

Malgré la signature d'un cessez le feu global, les combats n'ont pas cessé et tout le monde s'accorde pour dire que le retour à la normale, même dans les meilleures conditions, ne pourra se réaliser avant un, voire deux ans. Parallèlement, la situation de guerre avec son cortège de violences, viols, déplacements de populations et promiscuité, prises de risque majorées du fait de l'éclatement du cadre culturel habituel, fait craindre une augmentation significative de l'incidence du VIH/SIDA, des contaminations mère/enfant plus nombreuses, des grossesses non désirées, des enfants abandonnés, des traumatismes psychologiques graves. On estime le nombre de déplacés dûs à cette crise à environ 800 000 personnes.

Enfin, la situation économique dans cette zone se dégradant très sensiblement ces derniers mois (une étude conduite par Action contre la Faim révélait qu'environ 80 % des ménages déclaraient n'avoir plus aucune source de revenus) , on assiste à une augmentation très visible de la prostitution, surtout chez les jeunes filles auprès de jeunes combattants récemment recrutés par les rebelles. L'accès au condom est extrêmement limité, les circuits d'approvisionnement ne fonctionnent plus et le pouvoir d'achat demeurant très bas, il est raisonnable de penser que la plupart des rapports sexuels occasionnels sont non protégés. Ceci a été confirmé lors de plusieurs entretiens individuels et informels avec ces jeunes combattants.

La Côte d'Ivoire se trouve par conséquent dans une situation d'urgence par rapport au taux d'infection du VIH/SIDA. Il faut rappeler que la Côte d'Ivoire était déjà avant la crise le pays d'Afrique de l'Ouest le plus affecté par l'infection. Une action de prévention et de prise en charge des problèmes les plus graves doit donc être entreprise d'urgence, sans attendre la reprise normale, et encore hypothétique dans l'immédiat, des activités.

Le Gouvernement de Côte d'Ivoire ne contrôlant plus depuis plus de 8 mois cette zone occupée par les rebelles, les services étatiques ne fonctionnant plus, il est proposé de répondre à cette urgence à travers une ONG Internationale (CARE International qui a un bureau à Abidjan et un sous bureau opérationnel à Bouaké) qui pourrait être le premier contractant et responsable de ce projet et qui interviendra en collaboration et à travers des ONG locales.

Spécifiez quel(s) composante(s) est visée par cette proposition et le montant demandé au Fonds mondial**:

Tableau I.b

		Semest 1	Semest 2	Semest 3	Total
Composante(s) (indiquez d'une croix X):	<input checked="" type="checkbox"/> VIH/SIDA	536 567 \$	303 607 \$	183 361 \$	1 023 534 \$
	<input type="checkbox"/> Tuberculose				
	<input type="checkbox"/> Paludisme				
	<input type="checkbox"/> HIV/TB				
	Total				
Total des fonds provenant d'autres sources pour les activités relatives à la proposition					

Veillez spécifier comment vous souhaitez voir évaluée cette proposition** (marquez d'une croix):

La Proposition doit être évaluée globalement	<input checked="" type="checkbox"/>
La Proposition doit être évaluée comme des composantes séparées	<input type="checkbox"/>

Bref résumé de la proposition (1 page)(veuillez inclure des données quantitatives si possible):

<p>• Décrivez les buts, objectifs et activités générales par composante, y compris les résultats attendus et le calendrier pour atteindre ces résultats:</p> <p>But: Contribuer à réduire/atténuer l'impact socio-sanitaire en termes de transmission de l'infection a VIH/SIDA en zone de guerre et dans les zones tampons.</p> <p>Objectif Général : Réduire la propagation et les effets du VIH/SIDA dans les zones occupées par la rébellion ainsi que dans les zones d'accueil jouxtant les lignes de front (zone tampon) sur une période de 18 mois.</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser le réseau de distribution du préservatif et assurer leur distribution régulière - Initier ou renforcer des campagnes de sensibilisation de masse et de proximité adaptées au contexte et impliquant les pairs-éducateurs communautaires - Renforcer les capacités d'intervention des ONG ou associations locales présentes sur le terrain - Coordonner ou renforcer les interventions VIH/SIDA des organismes humanitaires internationaux et non gouvernementaux actifs sur le terrain dans les zones occupées par la rébellion, y compris les centres de santé sous leur responsabilité. <p>Les résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60 % de la population des zones concernées auront participé à au moins une activité de sensibilisation au bout de 18 mois - 100 % des zones ciblées bénéficieront des activités prévues par le projet - 90 % des zones d'intervention seront régulièrement approvisionnées en préservatifs - 60% des ONG ou associations à base communautaire locales et antérieurement actives dans les programmes de lutte contre le SIDA seront à nouveau opérationnelles - 60 % des PVVIH auront accès à un traitement prophylactique primaire ou secondaire par cotrimoxazole - 60 % des personnes atteintes d'IST seront correctement traitées.
--

** Cette procédure garantit une évaluation de la proposition dans le même esprit que sa rédaction. Si elles sont évaluées globalement, toutes les composantes seront considérées comme des éléments d'une proposition intégrée. Si elles sont évaluées séparément, les composantes seront considérées comme des composantes autonomes.

- **Indiquez les bénéficiaires de la proposition par composante et les avantages dont ils pourraient bénéficier** (y compris les populations cibles et une estimation de leur nombre):

Les activités cibleront la population générale, avec une attention particulière pour les jeunes filles, les jeunes garçons y compris les enfants-soldats, ainsi que les femmes. Les forces armées seront sensibilisées par les pairs-éducateurs formés dans le cadre de cette intervention. Le renforcement de leurs capacités d'intervention permettra aux ONG sevrées de financement en raison de la guerre de se restructurer et de reprendre leurs activités. La disponibilité du préservatif et la promotion de son utilisation devrait contribuer à réduire l'incidence des IST et du VIH et de prévenir les grossesses non désirées. L'action de Care sera complémentaire et synergique de celles des organismes humanitaires dont l'essentiel des interventions d'urgence porte sur la distribution de vivres, médicaments, vêtements et la protection civile. Dans les zones concernées, l'intervention s'adressera à environ 2 millions de personnes dont 21% sont des jeunes entre 15 et 24 ans (RGPH 98).

- **S'il existe plusieurs composantes, décrivez le cas échéant les synergies attendues de la combinaison des différentes composantes** (Par *synergies*, on entend la valeur ajoutée que les différentes composantes apportent mutuellement ou la manière dont la combinaison de ces composantes peut démultiplier la portée de chaque composante prise individuellement):
- **Indiquez si la proposition est une extension des mesures actuelles ou le début de nouvelles activités. Expliquez comment les enseignements et les bonnes pratiques acquises lors de la phase précédente sont intégrés dans la présente proposition et décrivez les aspects novateurs de la proposition.**

Depuis le début du conflit armé, des campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA sont organisées en zone sous contrôle gouvernemental et dans les zones d'accueil par le ministère de la lutte contre le SIDA et les ONG nationales. Dans les zones contrôlées par la rébellion, les organismes humanitaires limitent pour l'instant leur action au secours d'urgence. Ce projet est donc une bonne opportunité de coupler l'action humanitaire et la prévention de l'infection à VIH/SIDA comme le recommande l'ONUSIDA. Les Nations Unies ayant suspendu l'essentiel de leurs activités et de leur appui financier, ce projet représente la seule opportunité de soutien direct à la communauté et aux associations locales.

SECTION II: Informations sur le demandeur

Demandeur non-CCM

12. Nom du demandeur: CARE INTERNATIONAL

13. Représentant de l'organisation qui soumet la proposition:

*Tableau
II.13*

	Représentant	Substitut
Nom	Guillaume AGUETTANT	Dr Anne Marie Pignol
Titre	Directeur de Pays	Conseiller Santé
Adresse	05 BP 3141 ABIDJAN 05	05 BP 3141 ABIDJAN 05
Téléphone	(225) 22 41 25 16	(225) 22 41 25 16
Télécopie	(225) 22 41 25 16	(225) 22 41 25 16
Adresse électronique	careci@aviso.ci aguettan@aviso.ci	careci@aviso.ci

14. Personnes à contacter pour les questions concernant cette proposition (veuillez indiquer les renseignements complets concernant deux personnes – cette information est indispensable pour garantir des communications rapides et efficaces):

Remarque: les personnes ci-dessous doivent être aisément accessibles pour donner des explications techniques ou administratives au Secrétariat ou aux membres du TRP.

Tableau II.14

	Contact principal	Contact secondaire
Nom	Guillaume AGUETTANT	Dr Anne Marie Pignol
Titre	Directeur de Pays	Conseiller Santé
Adresse	05 BP 3141 ABIDJAN 05	05 BP 3141 ABIDJAN 05
Téléphone	(225) 21 41 25 16	(225) 22 41 25 16
Télécopie	(225) 21 41 25 16	(225) 22 41 25 16
Adresse électronique	careci@aviso.ci aguettan@aviso.ci	careci@aviso.ci

15. Description de l'organisation qui soumet la proposition

15.1. Indiquez à quel type l'organisation appartient (marquez d'une croix):

*Tableau
II.15.1*

<input checked="" type="checkbox"/>	Organisation non gouvernementale (ONG) ou réseau d'ONG
<input type="checkbox"/>	Organisation communautaire (OC) ou réseau de OC
<input type="checkbox"/>	Secteur privé
<input type="checkbox"/>	Secteur universitaire/ éducatif
<input type="checkbox"/>	Organisation professionnelle
<input type="checkbox"/>	Organisation régionale
<input type="checkbox"/>	Autre (veuillez préciser):

15.2. Fournissez en annexe les documents suivants:

- **Statuts de l'organisation** (document d'enregistrement officiels)
- **Une présentation de l'organisation, y compris le contexte et les antécédents, la nature du travail, les activités passées et actuelles**
- **Des lettres de soutien, si disponibles**
- **Principales sources de financement**

16. Justification d'une demande non soumise via un CCM

16.1. Indiquez les raisons pour ne pas introduire une demande via le CCM
(Expliquez clairement les circonstances, les conditions et les raisons), (1–2 paragraphes)

La crise politico-militaire que connaît la Côte d'Ivoire depuis la mi-septembre 2002 est complexe. A côté des raisons purement politiques, elle a des relents fortement tribaux et religieux, tendant à opposer les ressortissants du Nord à ceux du Sud et les chrétiens aux musulmans. Elle a été marquée par de nombreuses exactions commises par les belligérants sur les populations civiles. Les accords politiques signés à Paris sous l'égide de la France et de la communauté internationale connaissent un début d'application dans un environnement difficile. Un processus de réconciliation nationale est en cours. Cependant une reprise des hostilités peut survenir à tout moment sous la forme d'un conflit armé ou d'une guerre civile.

La question du désarmement des forces rebelles pour un réinvestissement total du territoire national prendra vraisemblablement beaucoup de temps, compte tenu de l'atmosphère de méfiance qui prévaut dans les deux camps malgré un accord de cessez-le-feu garanti par des forces internationales et une résolution des Nations Unies. La restauration de l'autorité de l'Etat sur toute l'étendue du territoire est un préalable à la reprise des prestations des services de base de l'Etat. Par ailleurs les profonds traumatismes constatés pourraient être un obstacle majeur au retour des agents de l'Etat et des ONG dans les zones occupées. Les populations courent donc le grand risque de ne pas voir positivement évoluer leur situation ou même la voir s'empirer, malgré l'arrêt des hostilités. L'intervention proposée vise donc à pallier, dans l'urgence, aux insuffisances et à la non présence actuelle et envisagée pour les prochains mois des services étatiques dans la zone occupée par les rebelles.

CARE, déjà présente dans les zones de guerre dans le cadre de l'action humanitaire, donc ayant une bonne connaissance des populations locales et des relations de travail avec les forces occupantes, pourra contribuer aux efforts de prévention du VIH/SIDA en s'appuyant sur les relais communautaires locaux en attendant la normalisation totale et le retour progressif et souhaité des services sanitaires du Ministère de la Santé sur tout le territoire ivoirien.

L'on peut en effet à juste titre redouter une explosion de l'épidémie en l'absence d'initiatives rapidement mises en place. En effet, de nombreux témoignages de viol et de violences sexuelles sont rapportés quotidiennement. Les nombreuses interactions entre populations militaires et populations autochtones, aussi bien dans les zones de guerre que dans les zones d'accueil, la promiscuité liée au surpeuplement dans les zones d'accueil, favorisent les comportements sexuels à risque. Les femmes, les jeunes filles seules et parfois les enfants sont contraints aux rapports sexuels de survie pour avoir l'eau, la nourriture, le logement ou simplement la sécurité. Dans les régions de l'ouest, les rebelles libériens semblent avoir érigé le viol comme méthode d'intimidation et de neutralisation des populations civiles.

16.2. Avez-vous pris contact avec le CCM dans votre pays ou un autre organisme gouvernemental compétent (par ex. Ministère de la Santé, Conseil national du SIDA)? Si oui, quels furent les résultats? Sinon, pourquoi?

Un contact a été pris par le responsable de CARE avec le Secrétaire général du CCM pour le Fonds Global au Ministère de la Lutte contre le SIDA, le docteur Félix Lorougnon. Le MLS, très conscient de l'impossibilité actuelle d'agir efficacement en zone rebelle, s'est déclaré très favorable à l'intervention d'une ONG internationale dans la lutte contre le SIDA dans ce contexte d'urgence exceptionnel et en attendant

la dévolution des activités aux services du Ministère dès la normalisation de la situation.

16.3 Joignez les lettres des organisations de soutien (par ex. les groupes de défense des droits de l'Homme, les réseaux d'ONG, les organismes bilatéraux/multilatéraux, etc.) à l'appui de vos raisons pour ne pas introduire une demande via un CCM.

Voir en annexe lettres de soutien

17. Pour les propositions régionales émanant d'organisations régionales ou d'organisations non gouvernementales internationales, décrivez en quoi cette proposition régionale apporte une valeur ajoutée au cadre national / à ce qu'une proposition nationale pourrait atteindre (1 paragraphe):

17.1. Veuillez fournir en annexe des lettres de soutien signées par des CCM nationaux ou, si il n'existe pas de CCM, par d'autres autorités nationales compétentes pour les pays couverts par la proposition.

Voir en annexe lettre de soutien du secrétaire général du CCM

SECTION III: Informations générales sur le pays

*Remarque: pour les **propositions régionales**, les informations demandées dans cette section devraient refléter la situation dans tous les pays concernés, soit sous une forme agrégée, soit par pays.*

*Pour les **propositions sous-nationales**, les informations demandées devraient refléter la situation dans cette zone sous-nationale particulière dans le contexte général du pays.*

18. Décrivez le poids ou le poids potentiel du VIH/SIDA, de la tuberculose et /ou du paludisme: (Se référer aux données épidémiologiques actuelles sur la prévalence, l'incidence ou l'ampleur des épidémies; leur statut actuel ou le niveau des épidémies; les tendances principales des épidémies ventilées par région et groupes de population, pour autant que les données soient disponibles et/ou pertinentes (1 – 2 paragraphes par maladie couverte dans la proposition)

La Côte d'Ivoire, avec une séroprévalence moyenne de 10,4 % figure parmi les six pays Africains les plus touchés par l'épidémie et occupe le premier rang en Afrique de l'Ouest. L'épidémie s'est rapidement féminisée, en moins de quinze ans, passant d'un sexe ratio de 4 hommes pour 1 femme en 1987 à 1 et une tendance à l'inversion. La prévalence de l'infection chez les femmes enceintes fréquentant les maternités de zones urbaines du pays varie entre 8,2 % et 14,6%. Dans les sites de surveillance sentinelle en milieu rural, cette séroprévalence varie de 4,3 % à 11,2 %. La séroprévalence dans les principales villes des régions occupées varie entre 8,8% et 10,2 %. La tranche d'âge comprise entre 15 et 24 ans, avec environ le quart des cas notifiés, est la plus touchée par l'épidémie. Les conséquences de l'épidémie sont visibles : un taux d'occupation des lits hospitaliers variant entre 40 et 80% selon les services, une réduction significative de l'espérance de vie estimée à 48 ans au lieu des 60 ans attendus en 2000, 300 000 orphelins du SIDA, une réduction de la main d'œuvre agricole, des superficies cultivées (FAO 97). Le VIH/SIDA est depuis 1998, la première cause de mortalité masculine et la deuxième chez les femmes

Les troubles socio-politiques et la guerre qui sévissent dans le pays depuis septembre 2002 ont fortement perturbé les habitudes de vie des ivoiriens. Les déplacements de populations, la promiscuité dans les zones d'accueil, les violences, les viols, le dénuement économique sont autant de facteurs qui font craindre une augmentation significative des cas de contamination par le VIH dans les mois à venir. Il s'agit de se préparer dès maintenant à consolider les mesures de prévention, à augmenter les capacités de prise en charge des malades et à renforcer les mesures de réduction de la transmission mère-enfant et de soutien aux enfants orphelins.

19. Décrivez la situation économique actuelle et l'état de pauvreté (Se référer aux indicateurs officiels tels le PIB par habitant, l'indice de développement humain (IDH), les indices de pauvreté ou d'autres informations sur la disponibilité des ressources; souligner les principales tendances et les implications de la situation économique dans le contexte des maladies visées (1–2 paragraphes)

La Côte d'Ivoire depuis l'Indépendance a connu une relative stabilité politique, interrompue en décembre 1999 par un coup d'Etat militaire. Ce coup d'Etat et les violences enregistrées au cours des différentes consultations électorales de l'année 2000 ont fortement contribué à ralentir les activités économiques déjà mises à mal par l'interruption des soutiens financiers des coopérations bilatérales et multilatérales à la suite du coup d'Etat. Le taux de pauvreté qui en 1998 était estimé à 33,6% par le PNUD est passé à 42 % en 2000. L'indice de développement humain (IDH) est passé de 0.41 en 1998 à 0.42 en 2000, classant le pays au 156ème rang sur 173 pays. Le PIB per capita est de 763 USD en 2001. Malgré ses nombreuses potentialités économiques et une légère amélioration enregistrée en 2001 et en 2002, la situation en Côte d'Ivoire « poumon » économique de l'Afrique de l'Ouest, est marquée par une tension sociale, la marginalisation et l'insécurité. Les réformes économique et le rétablissement du dialogue social et politique ont permis une reprise du soutien de la

communauté internationale. Cet embellie vient de connaître un coup d'arrêt brutal avec l'insurrection armée en cours.

Cet environnement socio-économique a des conséquences néfastes sur les indicateurs de santé. Ainsi le taux brut de mortalité est passé de 12,3 ‰ en 1988 à 13,9 en 1998 et le taux mortalité infantile de 88‰ en 1988(EDS 94) à 112‰ en 1998 (EDS98/99). De même, avec un taux de mortalité infanto-juvenile de 156‰, la situation des enfants de moins de cinq ans reste préoccupante. L'espérance de vie est passée de 55 ans en 1988 à 50,9 ans en 1998. Le VIH/SIDA est un facteur important dans la chute de l'espérance de vie. La guerre que vit le pays depuis la mi-septembre 2002 qui a déjà mis en péril les grands équilibres macro-économiques va certainement aggraver cette situation.

20. Décrivez l'engagement politique actuel face à ces maladies (les indicateurs d'engagement politique comprennent l'existence de comités intersectoriels, des déclarations publiques récentes, des législations adéquates, etc. (1–2 paragraphes)

En réponse aux premiers cas de SIDA notifiés en 1987, le gouvernement a mis en place un Comité National de Lutte contre le SIDA présidé par le Chef de l'Etat . L'organe de mise en œuvre, le Programme National de Lutte, doté d'une direction exécutive a mis en œuvre, avec le soutien des donateurs nationaux et internationaux, plusieurs plans quinquennaux. Ces plans ont permis la mise en place de programmes de prévention pour la population générale et des interventions ciblées efficaces. Ainsi la séroprévalence parmi les prostituées est passée de 80% en 1988 à 40. L'EDS 98-99 a révélé que 99% des hommes et 97% des femmes disent connaître ou avoir entendu parler du VIH/SIDA. Le condom est reconnu par 64% des personnes comme un bon moyen d'éviter le SIDA. En 1998, devant le nombre croissant de patients et l'arrivée de la trithérapie, le gouvernement a fait de la prise en charge des PVVIH une priorité à travers la mise en place d'une Initiative d'accès aux traitements qui a permis l'enrôlement de plus de dix mille patients dont environ le tiers bénéficie d'un traitement Antiretroviral.

Le Gouvernement de la deuxième République a renforcé le caractère prioritaire du VIH/SIDA par la création en Janvier 2001, d'un ministère spécifiquement chargé du SIDA. La loi des finances 2001 prévoit en son article 18, une exonération des impôts sur les traitements et salaires, des dépenses consacrées par l'employeur à la prise en charge médicale et paramédicale des personnes atteintes du VIH/SIDA. L'épouse du Chef de l'Etat s'est personnellement engagée dans une campagne nationale de grande envergure dénommée « Ensemble Contre le SIDA » qui a débouché sur un partenariat national pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Le conflit armé en cours, sans remettre en cause cet engagement politique fort, limite les efforts de lutte aux zones sous contrôle gouvernemental.

21. Les pays considérés comme "Revenu moyen inférieur et supérieur" par la Banque mondiale sont éligibles à la candidature uniquement s'ils répondent aux critères supplémentaires (Directives par. 8). Les sections ci-dessous sont obligatoires pour les propositions de ces pays. Cette section doit être complétée pour chaque composante demandée (il convient donc de prouver une morbidité actuelle très élevée du VIH/SIDA si on demande des ressources pour le VIH/SIDA; il convient de prouver un niveau de poids actuel très élevé de la tuberculose si on demande des ressources pour la tuberculose; il convient de prouver une morbidité actuelle le très élevée si on demande des ressources pour le paludisme).

22. Contexte national

22.1. Indiquez le pourcentage du budget public total alloué à la santé:**
Le pourcentage du budget public alloué à la santé était de 7,5% pour l'année 2002

22.2. Indiquez dans le tableau III.22.2 les dépenses de santé publique pour 2001 ou la dernière année disponible:**

Tableau III.22.2

	Dépenses totales de santé publique Précisez l'année: (USD)	Dépenses par habitant (USD)
Public	98 600 000	9
Privé	428 900 000	45
Total	527 500 000	54
Dans ce total, combien provient de donateurs extérieurs?		

Les dépenses privées sont estimées sur la base d'une dépense moyenne par habitant de 26,97 USD

22.3. Précisez dans le tableau III.22.3, si possible, les dépenses réservées consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et/ou le paludisme (dépenses des services de santé, éducatifs, sociaux et autres secteurs concernés):**

Tableau III.22.3

Total des dépenses réservées par les pouvoirs publics, les donateurs extérieurs, etc. Précisez l'année:	En dollars US:
VIH/SIDA	4 042 068,762
Tuberculose	84 142
Paludisme	352 714,28
Total	4 478 925,042

22.4. Le pays bénéficie-t-il d'une aide budgétaire extérieure, Initiatives en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE)^{*}, Approches sectorielles? Si oui, comment ces procédures contribuent-elles à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et/ou le paludisme? (1–2 paragraphes)^{} : NON**

22.5. Quel est le budget total nécessaire pour les différentes maladies, énumérez les sources et montants nécessaires, y compris le montant demandé au Fonds global.

Composante maladie	Sources	Montant en milliers dollars US:
VIH/SIDA		157 417 553
Tuberculose		
Paludisme		
Total		

23.Contexte programmatique national

23.1. Décrivez les possibilités nationales actuelles (état des systèmes et services) qui existent en réponse au risque de VIH/SIDA, tuberculose et/ou paludisme (par ex., niveau des ressources humaines disponibles, infrastructure sanitaire ou autre, types d'interventions fournies, mécanismes

^{*} PPTE est une initiative d'allègement de la dette en faveur des pays pauvres très endettés coordonnée par la Banque mondiale

^{**} Option pour les ONG

de canalisation de fonds, existence de fonds sociaux, etc.) (2–3 paragraphes):

Le système sanitaire Ivoirien est organisé selon une pyramide distinguant les soins de santé primaire et les soins de référence. Quatre niveaux de prestations constituent la pyramide sanitaire : la case sanitaire et les niveaux primaires, secondaires et tertiaires. La case sanitaire ne dispose pas de matériel ni d'équipement médical pour les prestations ; son personnel est constitué essentiellement d'accoucheuses traditionnelles et d'agents de santé communautaires bénévoles. Le niveau secondaire est constitué d'un dispensaire et/ou une maternité. Ce niveau dispose d'un équipement standard et regroupe 987 structures sanitaires publiques. Le niveau secondaire regroupe 56 hôpitaux généraux dont le personnel est composé de médecins généralistes et/ou spécialisés, d'infirmiers, de sages-femmes et de filles et garçons de salle. Le niveau tertiaire est composé au niveau du secteur public, de 4 Centres Hospitaliers Universitaires, 8 Centres Hospitaliers Régionaux, 7 centres Hospitaliers Spécialisés et 2 Instituts de formation. Dans le privé, on dénombre 25 hôpitaux et cliniques, 97 cabinets médicaux, 212 infirmeries autorisées, 82 services sanitaires d'entreprise. La carte sanitaire indiquait en 1996, 1 dispensaire pour 18 166 habitants, 1 maternité pour 14 100 femmes en âge de procréer, 1 médecin pour 9 430 habitants, 1 infirmier ou 1 sage-femme pour 2 570 habitants, 1 pharmacien pour 32 000 habitants, 1 chirurgien-dentiste pour 47 000 habitants, 1 assistant social pour 16 000 habitants. A cette même date, la population disposait en moyenne d'un dispensaire dans un rayon de 17 Km et d'une maternité dans un rayon de 25 Km. Une centrale d'achats, la Pharmacie de la Santé publique, a en charge l'approvisionnement en médicaments de toutes les structures publiques du pays.

Le gouvernement de Côte d'Ivoire a adopté un plan de Développement Sanitaire de 1996-2005 reposant sur une dizaine de programmes nationaux dont le Programme de Lutte contre le SIDA, érigé en Ministère en Janvier 2001 et le programme de Lutte contre la Tuberculose. Cependant, il faut noter que les ressources humaines et financières demeurent insuffisantes.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, les organisations non gouvernementales nationales regroupées au sein d'un collectif, le COSCI, prennent une part active dans la lutte. Les associations de personnes vivant avec le VIH sont très actives dans le plaidoyer pour l'accès aux soins et contribuent à travers leurs témoignages à dédramatiser la maladie. Des coopérations bilatérales (GTZ, GTB, Coop Française, ACDI/SIDA 3, USAID/CDC), multilatérales (UNICEF, FNUAP, PNUD) ainsi que des ONG internationales (CARE) appuient aussi bien le gouvernement que les ONG dans la mise en oeuvre de leur plan stratégique respectif.

La guerre en cours a quasiment divisé le territoire national en deux parties. Dans les zones sous occupation de la rébellion, la grande majorité des personnels de santé ont fui vers le sud. Les organisations humanitaires assurent actuellement l'accès aux soins de santé de base. En raison de ce conflit, la plupart des organisations non gouvernementales locales ont cessé leurs activités.

23.2. Décrivez les principaux déficits d'intervention programmatique et les déficits de financement dans la réponse actuelle du pays face au VIH/SIDA, à la tuberculose et/ou au paludisme (2–3 paragraphes):

Avant la guerre, la majorité des interventions aussi bien dans le domaine de la prévention que de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA étaient concentrées dans la capitale économique, Abidjan. La plupart des ONG actives sont localisées dans cette ville et ne disposent pas de représentations régionales. Seules quelques grandes villes de l'intérieur du pays disposent d'associations de lutte contre le SIDA. Le ministère de la lutte contre le SIDA qui a en charge le plaidoyer et la mobilisation communautaire n'a pas non plus de direction régionale. Les districts sanitaires, unité opérationnelle du ministère de la santé n'ont pas véritablement intégré la prévention du VIH/SIDA dans le paquet minimum des activités (PMA) des structures de santé. En outre, seulement trois régions sanitaires sur 18 disposent de centres de dépistage volontaire. La grande majorité des ONG nationales sont très dépendantes du financement des partenaires au développement bilatérales et multilatérales.

En raison de la guerre, les rares ONG de lutte contre le SIDA ont dû interrompre leurs activités en raison de l'insécurité, mais aussi en raison de la suspension des appuis de leurs partenaires. Les plus courageuses d'entre elles, restées dans les zones occupées,

s'investissent dans l'action humanitaire d'urgence qui pour l'instant accorde peu de place à la prévention de l'infection à VIH/SIDA. Si le préservatif est toujours disponible dans les zones d'accueil des déplacés, il n'en est plus de même dans les zones occupées. En dehors des approvisionnements occasionnels destinés pour la plupart aux forces militaires, aucune intervention structurée n'assure un ravitaillement régulier en préservatifs dans les zones de guerre

23.5. Si un système d'approche sectorielle (SWAp) ou de concentration similaire existe, décrivez brièvement comment il fonctionne et si vous envisagez de l'utiliser pour gérer la subvention du Fonds mondial.

SECTIONS IV – VIII: Informations détaillées sur chaque composante de la proposition

VEUILLEZ COMPLETER LES SECTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE COMPOSANTE

Copiez les sections IV – VIII autant de fois qu'il y a de composantes

Remarque: une composante renvoie à une maladie, en d'autres mots, votre proposition aura plusieurs composantes uniquement si elle couvre plus d'une maladie. Il ne doit y avoir qu'une composante par maladie.

S'il existe des activités ou objectifs généraux au sein d'une composante particulière de nature générale tels le renforcement des capacités ou le développement de l'infrastructure qui sont susceptibles de dépasser la portée de ladite composante, veuillez préciser clairement ces aspects et indiquez comment ils sont liés à d'autres composantes de la proposition dans la réponse détaillée aux questions 27.

S'il s'agit d'une proposition entièrement intégrée où deux ou plusieurs composantes sont liées d'une manière telle qu'il serait irréaliste ou impossible de les séparer, cochez les cases du tableau IV.23 pour identifier toutes les maladies qui sont directement concernées par cette composante intégrée.

SECTION IV – Champ d'application de la proposition

24. Identifiez la composante détaillée dans cette section (marquez d'une croix):

*Tableau
IV.23*

Composante (marquez d'une croix):	<input checked="" type="checkbox"/>	VIH/SIDA
	<input type="checkbox"/>	Tuberculose
	<input type="checkbox"/>	Paludisme
	<input type="checkbox"/>	HIV/TB

25. Résumez brièvement la composante (Précisez la logique, le but, les objectifs, les activités, les résultats attendus, la manière dont ces activités seront réalisées et les partenaires concernés) (2–3 paragraphes):

La proposition soumise porte essentiellement sur la prévention de l'infection à VIH/SIDA dans un contexte de conflit militaire et de risque d'affrontement entre populations civiles. Cette situation remet en cause les nombreux efforts de prévention entrepris au niveau national et particulièrement dans les zones de conflits et dans les zones d'accueil surpeuplées. Elle augmente la vulnérabilité des groupes spécifiques tels que les femmes, les jeunes filles et les enfants, ainsi que les réfugiés des guerres des pays de la sous-région (Liberia, Sierra Leone). La paupérisation croissante des populations victimes de cette guerre, réduites à l'impuissance et affaiblies par l'instabilité sociale, pourrait contribuer à la propagation plus rapide de l'épidémie à VIH. Il paraît suicidaire de prétexter l'insécurité et la guerre pour justifier l'inaction et attendre le retour à une situation proche de la normale

But: Contribuer à réduire/atténuer l'impact socio-sanitaire en termes de transmission de l'infection à VIH/SIDA en zone de guerre en Côte d'Ivoire

Objectif Général : Réduire la propagation et les effets du VIH/SIDA dans les zones occupées par la rébellion ainsi que dans les zones d'accueil jouxtant les lignes de front sur une période de 18 mois, de juillet 2003 à décembre 2004.

Objectifs spécifiques

- Réorganiser le réseau de distribution du préservatif et assurer leur distribution régulière
- Initier et/ou renforcer des campagnes de sensibilisation de masse et de proximité adaptées au contexte et impliquant les pairs-éducateurs communautaires
- Renforcer les capacités d'intervention des ONG ou associations locales présentes sur le terrain
- Coordonner ou renforcer les interventions VIH/SIDA des organismes humanitaires internationaux et non gouvernementaux actifs sur le terrain dans les zones de guerre, y compris les centres de santé sous leur responsabilité.

Les résultats attendus

- **60 %** de la population des zones concernées auront participé à au moins une activité de sensibilisation de Juillet 2003 à décembre 2004
- **100 %** des zones ciblées seront couvertes d'ici à décembre 2004
- **90 %** des zones d'intervention seront régulièrement approvisionnées en préservatifs
- **60%** des ONG ou association à assise communautaire locales seront à nouveau opérationnelles d'ici décembre 2004
- **60 %** des PVVIH auront accès à un traitement prophylactique primaire ou secondaire par cotrimoxazole
- **60 %** des personnes atteintes de MST seront correctement traitées

Les activités sur le terrain seront menées par des pairs- éducateurs/trices ou des leaders communautaires reconnus ou identifiés par les bénéficiaires. Les messages seront traduits en langue locale pour leur bonne compréhension. La sensibilisation se fera à travers des causeries de groupes (café ou thé débat). Les points de distribution de vivres accueilleront les activités de sensibilisation. Les moments de distribution de vivres sont des opportunités d'atteindre les femmes et les enfants. Les radios locales seront mises à contribution à travers des émissions en langue locale et tranches spéciales dédiées aux jeunes. Les points de vente des préservatifs seront recensés et un stock initial de reprise des activités sera fourni aux grossistes, semi-grossistes et détaillants impliqués dans la distribution du condom avant la guerre ainsi qu'aux nouveaux qui souhaitent s'y engager. Les éléments armés ainsi que les enfants-soldats bénéficieront de séances de groupe ciblées. Les préservatifs seront distribués gratuitement aux participants aux séances d'information et dans les casernes militaires. Des sketches dont les thèmes et les acteurs seront choisis par les bénéficiaires, ainsi que des films adaptés, suivis de jeux questions-réponses avec récompenses, seront proposés dans le cadre des sensibilisations grand public. Les organisations non gouvernementales ou à assise communautaire recevront un appui logistique et financier pour la reprise de leurs activités. Les club MST-SIDA des écoles dans les zones ciblées recevront également un appui pour la reprise de leurs activités en milieu scolaire. Les radios rurales seront impliquées afin de toucher le plus grand nombre de personnes à travers des émissions thématiques en langues locales. Les personnels de santé des structures encore fonctionnelles, seront formés au conseil pour le dépistage de l'infection à VIH/SIDA, la prise en charge des IST, ainsi que la prévention des infections opportunistes chez les personnes dépistées séropositives.

En résumé, les populations bénéficieront d'un paquet minimum d'activités comprenant : la sensibilisation avec distribution de préservatifs, les soins IST et la prophylaxie primaire ou secondaires des infections opportunistes du VIH/SIDA

Les partenaires

- **Nationaux :**
 - **Gouvernementaux :** Le MLS, Le MSP, Les centres sociaux, Le ministère de la Défense,
 - **Associatifs :** Le COSCI, , les ONG Renaissance Santé Bouaké, le centre Solidarité Action Sociale, Bouaké-Eveil, Femmes face au SIDA, Lumière-Action korhogo, les organisations confessionnelles
 - **Radio rurales**
- **Internationaux** présentes sur le terrain dans le cadre de l'action humanitaire :
 - **Agences des Nations-Unies** UNHCR, PAM, FNUAP , UNICEF
 - **ONG Internationales :** PSI, AIMAS, MSF, MDM, MERLIN, ACF, CICR,

26. Indiquez la durée estimée de la composante:

Tableau IV.25

De (mois/année):	Juillet 2003	A (mois/année):	décembre 2004
-------------------------	--------------	------------------------	---------------

L'intervention durera 18 mois, dont 6 mois de phase d'urgence de mise en oeuvre, 6 mois de consolidation des acquis et 6 mois de préparation à la dévolution. Elle couvrira les zones militairement occupées par les forces rebelles ainsi que les zones tampons de part et d'autre des lignes de cessez-le-feu (ces dernières accueillent le plus souvent les populations déplacées, fuyant la guerre).

La plupart des experts pensent, en effet, que même si tous les accords sont signés, on assistera pendant une période encore assez longue, de un à deux ans, à une situation de « ni paix, ni guerre » avant qu'on ne puisse parler de retour à la normale et de reprise complète des activités et de l'administration.

A la fin des 18 mois, les activités mises en place seront continuées par les ONG/OAC qui auront été réactivées. Le matériel nécessaire à leur réalisation leur sera rétrocédé.

27. Description détaillée de la composante pendant tout SON CYCLE:

Remarque: chaque composante ne doit avoir qu'UN seul but général qui devrait viser une série d'objectifs spécifiques. Chaque objectif spécifique devrait être ventilé en plusieurs activités générales nécessaires pour atteindre les objectifs spécifiques. Bien que les activités ne doivent pas être trop détaillées, leur description doit être suffisante pour permettre de comprendre comment vous envisagez d'atteindre les objectifs fixés.

Indicateurs: outre une brève description, vous devez préciser un ensemble d'indicateurs qui mesurent le résultat attendu pour chaque niveau de résultat par rapport au but, aux objectifs et aux activités. Veuillez vous reporter aux Lignes directrices, par. VII.77 – 79 et à l'annexe II pour des exemples d'indicateurs nationaux.

Données de base: les données de base doivent être indiquées en chiffres absolus (si possible) et/ou en pourcentages. Si les données de base ne sont pas disponibles, veuillez vous reporter aux Lignes directrices, paragraphe VII.80. Les données de base doivent porter sur la dernière année disponible et la source doit être indiquée.

Finalités: des finalités précises doivent être précisées en chiffres absolus (si possible) et en pourcentage.

Pour chaque niveau de résultats, veuillez préciser la sources des données, les méthodes de collecte des données et la fréquence des collectes.

Un exemple de la manière de compléter les tableaux des questions 26 et 27 est donné dans l'annexe III aux Lignes directrices pour l'établissement des propositions.

27.1. But et impact attendu (Décrivez le but général de la composante et son impact attendu, le cas échéant, sur les populations cibles, le poids de la maladie, etc.), (1–2 paragraphes):

Remarque: l'impact peut être lié à des programmes nationaux plus génériques dans lesquels cette composante s'inscrit. Dans ce cas, veuillez vous assurer que les indicateurs d'impact reflètent le programme national général et pas uniquement cette composante.

Précisez les données de base dans le tableau IV.27.1. Les objectifs chiffrés qui mesurent l'impact sont uniquement demandés pour la fin de la période de subvention complète.

Avec un taux de 10,6%, la Côte d'Ivoire possède l'une des séroprévalences les plus élevées d'Afrique sub-saharienne. La transmission sexuelle est la principale voie de propagation de l'épidémie. La guerre en Côte d'Ivoire avec son cortège de violences sexuelles, viols, prostitution de survie, constitue un risque majeur d'explosion de l'épidémie. Le but de cette proposition est de réduire ce risque dans les zones de guerre et a posteriori sur toute l'étendue du territoire. L'impact attendu de cette proposition est de réduire la prévalence des IST avec l'espoir de stabiliser l'épidémie.

Tableau IV.27.1

But:	Réduire la propagation et les effets du VIH/SIDA dans les zones de guerres et dans les zones tampons	
Indicateurs d'impact (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré (dernière année de la proposition)
	Année 2001	Semestre 3
Pourcentage de femmes entre 15 et 49 ans testées VIH positif	10 %	10% (stabilisation)
Pourcentage de jeunes de 15 a 24 consultant pour IST	33 %	30 %

28.Objectifs et résultats attendus (Décrivez les objectifs spécifiques et les résultats attendus qui contribueront à la réalisation du but déclaré), (1 paragraphe par objectif spécifique):

Il convient de répondre séparément à la question 28 pour chaque objectif. Veuillez copier les questions 28 et 28.1 autant de fois qu'il y a d'objectifs.

Remarque: les résultats peuvent être reliés à des programmes plus vastes dans lesquels s'inscrit cette composante. Si c'est le cas, veuillez vous assurer que les indicateurs de résultat/couverture reflètent le programme national général et pas uniquement cette composante.

Spécifiez dans le tableau IV.28 les données de base qui permettent de mesurer les indicateurs de résultat/couverture. Les objectifs chiffrés sont uniquement demandés pour l'année 2 et après.

La disponibilité du préservatif dans les zones de guerre est essentielle pour éviter de nouvelles contaminations. Elle sera assurée par la remise en état du réseau

habituel de distribution du préservatif, basé sur les commerçants grossistes, semi-grossistes et détaillants, ainsi que la distribution gratuite au cours des séances éducatives et dans les casernes des forces militaires Les ONG et associations locales seront mises à contribution pour assurer la disponibilité dans toutes les villes. La promotion de l'utilisation du préservatif encouragera son utilisation. Le partenariat avec l'AIMAS, distributeur habituel du préservatif en Côte d'Ivoire, sera décisif pour l'atteinte des résultats.

Objectif 1:	Réorganiser le réseau de distribution du préservatif et assurer leur distribution régulière dans les zones de guerre et dans les zones tampons			
Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré		
	Année Sept 2002:*	Semest 1:	Semest 2:	Semest 3:
Pourcentage de départements disposant régulièrement de préservatifs	1%	50%	70%	80%
Pourcentage de grossistes et semi-grossistes disposant régulièrement de préservatifs	0%	30%	50%	80%
Pourcentage d'ONG/OAC distribuant régulièrement les préservatifs	0%	30%	50%	75%
Pourcentage d'organismes humanitaires distribuant régulièrement les préservatifs	5%	50%	70%	80%
Pourcentage de casernes disposant régulièrement de préservatifs	5%	50%	70%	90%

Cette proposition vise une couverture totale et rapide de l'ensemble des zones occupées par des activités de prévention. Cette campagne SIDA combinera, séances éducatives ciblées de proximité, animations grand public et mass média. Elle fera la promotion de comportements sexuels à moindre risque et du dépistage volontaire.

Tableau IV.28

Objectif 2:	Initier ou renforcer les campagnes de sensibilisation de masse et de proximité adaptées aux contextes et impliquant les pairs-éducateurs communautaires			
Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré		
	Année Sept 2002 :	Semest 1:	Semest 2:	Semest 3:
% de départements en zones occupées couverts en activités de prévention du VIH	1%	30%	70%	100%
% de départements couverts par émissions sensibilisation par radio de proximité	1%	30%	40%	60%
% de casernes militaires couvertes activités de prévention	5%	50%	75%	90%
% d'établissements scolaires ou professionnels couverts en activités de prévention*	0%	30%	60%	80%
Pourcentage de personnes sollicitant le test de dépistage	0%	1%	1,5%	2,5%
Pourcentage de jeunes de 15 à 25% qui utilisent le préservatif	10%	20%	25%	30%

L'implication de la communauté est primordiale. La stratégie essentielle de cette proposition est l'éducation par les pairs. Les ONG locales et les associations à assise communautaire et les clubs scolaires seront les acteurs clés de cette proposition. Elles recevront un soutien adapté à leurs besoins pour s'approprier la proposition dans leur sphère d'action.

Objectif 3 :	Renforcer les capacités d'interventions des ONG ou associations locales présentes sur le terrain dans les zones de guerre			
Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré		
	Année Sept 2002:	Semest 1:	Semest 2:	Semest 3:
Pourcentage de départements avec associations/ONG actives	5%	25%	50%	60%
Pourcentage clubs scolaires IST/SIDA opérationnels	0%	30%	60%	75%
Pourcentage d'ONG renforcées	0%	25%	50%	60%
Pourcentage d'ONG disposant de pairs-éducateurs formés	5%	25%	50%	75%
Pourcentage d'ONG renforcées disposant d'outils de sensibilisation adaptés	0%	25%	50%	75%
Nombre de personnes référées pour soins IST par les ONG/OAC/Clubs scolaires par département	0	10	20	25

Les organisations humanitaires qui sont présentes sur le terrain seront encouragées à coupler la prévention du VIH/SIDA à leurs activités habituelles. Celles qui gèrent les centres de santé assureront la prise en charge des IST et la distribution du cotrimoxazole aux personnes séropositives.

Objectif 4 :	Coordonner/ renforcer les interventions VIH/SIDA des organismes humanitaires internationaux et non gouvernementaux actifs sur le terrain dans les zones de guerre, y compris les centres de santé sous leur responsabilité			
Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré		
	Annee Sept 2002 :	Semest 1	Semest 2 :	Semest 3:
Pourcentage d'organismes intégrant le VIH/SIDA dans leur plan d'action	1%	20%	50%	60%
Pourcentage d'organismes menant ou sollicitant des campagnes de prévention	1%	20%	50%	60%
Pourcentage d'organismes participant régulièrement aux réunions de coordination VIH/SIDA	5%	20%	40%	60%
Pourcentage d'organismes recevant un soutien matériel régulier (dépliants, condom, phallus en bois etc..)	0%	20%	40%	60%
Pourcentage de structures .sanitaires disposant de kits IST	5%	50%	70%	80%
Pourcentage de structures sanitaires fonctionnelles disposant régulièrement de Cotrimoxazole	10 %	50 %	75%	80%

28.1. Activités générales relatives à chaque objectif spécifique et résultat attendu (Décrivez les principales activités à entreprendre telles que les interventions spécifiques, afin d'atteindre les objectifs fixés) (1 bref paragraphe par activité générale):

Remarque: les indicateurs de procédure/produit pour les activités générales doivent directement refléter les activités générales spécifiées de CETTE composante.

Précisez dans le tableau IV.28.1 ci-dessous les données de base pour mesurer les indicateurs de procédure/produit. Les objectifs chiffrés doivent être indiqués pour les deux premières années de la composante.

Pour chaque activité générale, précisez dans le tableau IV.28.1 quelles seront les institutions chargées de l'exécution.

L'évaluation des besoins en préservatifs et la formation des vendeurs seront faites en partenariat avec l'AIMAS. Cette proposition vise à fournir aux vendeurs un stock initial important en vue de la constitution d'un fonds de roulement consistant. L'activité sera soutenue par une campagne intense de promotion de l'utilisation du préservatif.

Objectif 1: Réorganiser le réseau de distribution à base communautaire du préservatif et assurer leur distribution régulière dans les zones de guerre et dans les zones tampons					
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit (un par activité) (Voir l'annexe II)	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/chargées de l'exécution
		Annee 2002	Semest 1	Semest 2	
Evaluation des besoins en préservatif	Evaluation faite	0	1	0	CARE PSI
Recensement et sélection des points de vente	Nombre de points de vente par départements*	1	5	8	CARE
Formation des vendeurs en gestion de stock	Nombre de vendeurs formes par département	0	5	8	CARE/AIMAS
Achat et mise a disposition d'un stock initial de démarrage	Nombre de points de vente approvisionnés/département*	1	5	8	CARE AIMAS
Organisation campagnes de promotion du préservatif	Nombre de campagnes par département*	0	1	2	CARE AIMAS ONGs locales
Distribution des préservatifs par les points de vente	Nombre de Preservatifs vendus par département*	1 000	30 000	50.000	AIMAS/PSI
Approvisionnement en gadgets des points de vente	Nombre de gadgets distribués	0	2000	4000	CARE ONGs locales

NB : Il ya environ 30 departements dans les zones occupées et les zones tampon. En fait il faut multiplier les chiffres dans le tableau par 30 pour avoir les quantités totales. Ex : achat et mise à disposition d'unstock initial en preservatifs. trim1= 30x1=30 points de vente ; Trim 2 = 5x 30= 150 points de vente etc...

La sélection des pairs-éducateurs selon des critères consensuels et leur formation sont les principales activités pour atteindre cet objectif. Ils/elles

participeront à l'élaboration des outils de sensibilisation afin de ne pas heurter la sensibilité socioculturelle des bénéficiaires. Les activités communautaires telles que les thé-débats, les regroupements de danse de réjouissance des femmes seront des canaux pour atteindre les populations les plus vulnérables. Les radios rurales qui sont très écoutées dans les zones couvertes par cette proposition, diffuseront des émissions sur le VIH/SIDA et seront très fortement impliquées dans la mobilisation communautaire. Les gadgets serviront à récompenser les participants lors des jeux questions-réponses.

Objectif 2:		Initier/Renforcer des campagnes de sensibilisation de masse et proximité adaptées au contexte et impliquant les pairs-éducateurs communautaires			
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit (un par activité) <i>(Voir l'annexe II)</i>	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/chargées de l'exécution
		Année Sept 2002	Semest 1	Semest 2	
Identification, sélection des pairs-éducateurs	Nombre de pairs-éducateurs sélectionnés par département	0	20	40	CARE COSCI
Elaboration de messages adaptés au contexte	Nombres de messages adaptés élaborés	0	5	10	CARE PSI COSCI
Conception, production, et diffusion d'outils de sensibilisation pertinents	Types et nombre d'outils distribués	0	5000	10000	CARE COSCI Organisations locales
Formation des pairs-éducateurs	Nombre de pairs-éducateurs formés par département	0	20	40	CARE, COSCI, AIMAS, PSI
Organisation des séances de sensibilisation Grand public	Nombre de séances organisées	0	100	200	CARE, COSCI, ONG/OAC locale
Organisation des séances de sensibilisation ciblant jeunes de 15 à 24 ans	Nombre de séances	0	100	200	CARE, COSCI, ONG/OAC locale
Organisation des séances de sensibilisation ciblant les femmes en âge de procréer	Nombre de séances	0	100	200	CARE, COSCI, ONG/OAC locale
Organisation des séances de sensibilisation ciblant les forces armées	Nombre de séances	5	50	100	CARE, COSCI, ONG/OAC locale
Organisation des séances de sensibilisation ciblant les réfugiés	Nombre de séances	10	100	200	CARE OCHA/HCR ONG Internationales Croix-Rouge
Distribution gratuite de préservatifs	Nombre de préservatifs distribués gratuitement	2000	500 000	1 000 000	CARE, PSI, Organismes humanitaires AIMAS, ONGs locales

Formation des animateurs des Radio sur la prévention du VIH/SIDA	Nombre d'animateurs formés	0	10	20	CARE PSI
Conception et diffusion d'émissions de prévention VIH/SIDA par les radio de proximité	Nombre de diffusions par département	0	10	20	CARE ONG/OAC locales Radio locales
Conception, mise en scène et représentations d'une pièce de théâtre	Nombres de représentations / départements	0	2	3	CARE ONG locales

Cette proposition vise à apporter un soutien matériel et financier aux ONG locales en vue de leur permettre de reprendre leurs activités. Beaucoup d'entre elles ont perdu l'essentiel de leurs équipements et fournitures de bureau. Le soutien apporté sera adapté à la situation de chaque organisation. La majorité de leurs acteurs qui ont fui pendant la guerre seront ainsi encouragés à revenir. Les formations prévues dans cette proposition leur permettront de recycler leurs anciens membres et de former leurs nouveaux volontaires

Objectif 3:	Renforcer les capacités d'interventions des ONG ou associations locales présentes sur le terrain				
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit (un par activité) (Voir l'annexe II)	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables /chargées de l'exécution
		Année Sept 2002	Semest.1	Semest 2	
Recensement des ONG/OAC	Nombres d'ONG/OAC identifiés	5	30	60	CARE/COSCI
Evaluation des besoins des ONG/OAC et appui	Liste exhaustive des besoins établie	0	Réalisée		CARE
Appui adapté aux ONGs/OAC	Nombre d'ONG soutenus	0	30	60	
Formation des membres des ONG à l'élaboration et la gestion de projets de prévention VIH/SIDA	Nombre de membres formés	0	90	180	CARE/COSCI
Supervision des activités	Nombre de supervisions*	0	90	180	CARE/COSCI Autres Partenaires

Les personnels des organisations humanitaires habitués au travail dans les situations de conflit n'auront besoin pour être opérationnels que d'une formation sur le VIH/SIDA. Elles auront la compétence pour assurer des animations sur les sujets. Les personnels de santé formés pourront efficacement prendre en charge les infections sexuellement transmissibles. Ils coupleront la prévention du VIH/SIDA à leurs activités habituelles. Les moments de distribution de l'aide humanitaire sont une bonne opportunité pour toucher les femmes et les jeunes enfants souvent enfants-soldats.

Objectif 4:		Coordonner/ renforcer les interventions VIH/SIDA des organismes humanitaires internationaux actifs sur le terrain dans les zones de guerre y compris les centres de santé sous leur responsabilité			
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit (un par activité) (Voir l'annexe II)	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables /chargées de l'exécution
		Annee 2002	Semest 1	Semest 2	
Formation des personnels de terrain aux techniques d'animation et à la prévention du VIH/SIDA dans un contexte de crise	Nombre d'organismes disposant de personnels formés	5	20	30	CARE/ COSCI
Approvisionnement des organismes en matériel IEC et en gadget et en préservatifs	Nombres d'organismes disposant de préservatifs et de matériel IEC	0	20	30	CARE
Formation des membres des personnels de santé des structures fonctionnelle au conseil pour le dépistage	Nombre de membres formés	0	60	90	CARE/COSCI
Formation des personnels de santé a la PEC des IST et la prophylaxie des IOS	Nombre de personnes formées*	0	60	90	CARE/COSCI
Approvisionnement des structures en kits IST et en cotrimoxazol	Nombre de structures disposant de kits IST et de cotrimoxazol	5%	50%	90%	CARE MSP Partenaires
Organisation de réunions périodiques de coordination et de suivi	Nombre de réunions	0	6	6	CARE Partenaires

29. Expliquez en quoi la composante ajoutée ou complète des activités déjà entreprises par les autorités publiques, les donateurs extérieurs, le secteur privé ou tout autre partenaire concerné: (par ex.: la composante s'appuie-t-elle sur des programmes existants ou les élargit-elle; la composante vise-t-elle à combler des lacunes existantes dans les programmes nationaux; la proposition s'inscrit-elle dans le Plan national; existe-t-il un lien évident entre la composante et des politiques ou programmes de développement plus généraux tels que les Stratégies de réduction de la pauvreté ou les Approches sectorielles, etc.) (2–3 paragraphes):

Les activités décrites sont prévues dans le plan national stratégique 2002-2003 du ministère chargé de la lutte contre le SIDA, ainsi que dans la proposition de la Côte d'Ivoire au fond mondial. La guerre qui a cours depuis le 19 septembre 2002 a interrompu la décentralisation de la lutte, priorité du ministère de la santé et du ministère de la lutte contre le SIDA. En clair, les activités de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA sont quasiment interrompues dans les zones occupées par la rébellion armée depuis le déclenchement de la guerre. Par ailleurs les nombreux réfugiés libériens et Sierra-Léonais ne bénéficient pas actuellement de

campagnes de prévention du VIH/SIDA. Les membres de l'armée régulière, ainsi que les populations résidant dans les zones sous contrôle gouvernemental ont continué de bénéficier d'activités de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA.

Notre proposition va permettre de renforcer les interventions en cours dans les zones d'accueil des populations déplacées et réfugiées. Elle permet en outre de combler l'absence d'activités de lutte contre le SIDA dans les zones qui échappent actuellement au contrôle du gouvernement. Elle permet donc d'assurer une couverture nationale quasi totale en activité de prévention du VIH/SIDA.

30. Décrivez brièvement comment la composante répond aux préoccupations suivantes (1 paragraphe par point):

30.1. Le concours des bénéficiaires comme les personnes atteintes du VIH/SIDA:

Deux associations de PVVIH sont basées dans la partie du territoire occupée par les forces rebelles. Leurs membres seront impliqués dans les campagnes de sensibilisation à travers les témoignages à visage découvert. Les membres volontaires pourront contribuer au conseil pour le dépistage et le soutien psychologique aux personnes dépistées séropositives.

30.2. La participation des communautés:

Les ONG qui ont interrompu leurs activités en raison de la guerre ou à cause de la suspension des financements par la quasi totalité des partenaires du pays, recevront un soutien matériel et financier pour la reprise de leurs activités de prévention du VIH/SIDA. Les leaders communautaires et religieux seront impliqués dans la mobilisation sociale. La principale stratégie étant l'éducation par les pairs, les personnes identifiées comme telles par la communauté, seront les acteurs clés de l'intervention. Elles seront étroitement associées à la planification des activités de terrain et surtout dans la conception des supports de sensibilisation, ainsi que l'élaboration des messages.

30.3. Les questions d'égalité des sexes:

Les femmes dont la vulnérabilité s'est accrue avec ce conflit, seront une cible privilégiée de l'intervention. Des messages sur la conduite à tenir en cas de violences sexuelles seront intégrés dans les modules de formations des paires-éducatrices et pris en compte dans les messages de prévention ciblant les femmes en âge de procréer. La sélection des pairs-éducateurs tiendra compte du genre.

30.4. Les questions d'égalité sociale:

Notre intervention s'adresse préférentiellement aux couches les plus vulnérables de la population dans ce contexte de crise : les femmes , les jeunes filles et garçons, les réfugiés. En permettant d'offrir des interventions de promotion de la santé aux populations des zones occupées, notre proposition permet de rétablir une justice sociale.

30.5. Le développement des ressources humaines:

Les pairs-éducateurs expérimentés ou nouvellement recrutés seront formés à la problématique du VIH/SIDA dans un contexte de conflit militaire. L'urgence de la situation et la nécessité de couvrir la trentaine de départements situés en zones occupées, rendent indispensable le recrutement et la formation d'une équipe spécialement dédiée au suivi et à la supervision des activités de terrain. Le volet ayant une composante importante de conception de message et de supports adaptés, le recrutement d'un spécialiste en communication s'impose. Les pairs-éducateurs recevront des indemnités qui couvrent les frais d'organisation des séances éducatives et au moins un repas. Dès le retour à la normale de la situation, notre intervention permettra de mettre à la dispositions des futurs programmes nationaux ou associatifs, des pairs-éducateurs aguerris.

30.6. Pour les composantes concernant des médicaments et remèdes essentiels, décrivez quels produits et protocoles de traitement seront utilisés et comment une utilisation rationnelle sera garantie (notamment pour maximiser l'adhésion au programme et suivre les réticences), (1–2 paragraphes):

Cette proposition prévoit la prise en charge syndromique des IST et un soutien en cotrimoxazol pour la prévention des infections opportunistes chez les personnes dépistées séropositives et fréquentant les structures de santé encore fonctionnelles ou les hôpitaux tenus par les ONG internationales dans l'urgence humanitaire.

Prise en charge des IST

Les directives nationales actualisées en décembre 2002 recommandent une PEC syndromique des IST au premier niveau de la pyramide sanitaire(soins de santé primaire). Ce niveau de soins a été subdivisé en deux entités : IST1 sans compétence médicale et IST1 avec compétence médicale. Les patients en situation d'échec sont systématiquement référés au deuxième niveau de la pyramide (Hôpital général, hôpital de district CHR,), qui peut faire des examens comme l'examen direct, les sérologies, la coloration de gram. La situation de guerre actuelle se caractérise dans les zones de guerre par une profonde désorganisation du système sanitaire qui n'offre que des soins de santé de base. L'offre de prise en charge des IST de notre proposition correspond donc au niveau IST1.

Les algorithmes de prise en charge révisés en décembre 2002 ciblent les syndromes suivants :

- Ecoulement urétral masculin et/ou douleur ou prurit intra-urétral avec deux situations
 - Premier épisode
 - Persistance du premier épisode ou récurrence épisode
- Ecoulement vaginal et/ou brûlure ou prurit vaginal chez la femme non enceinte selon trois cas
 - Infection génitale associée à une cervicite
 - Infection vaginal premier épisode
 - Infection vaginal persistance premier épisode ou récurrence
- Ecoulement vaginal et/ou brûlure ou prurit vaginal chez la femme enceinte
 - Infection génitale associée à une cervicite
 - Infection vaginal premier épisode
 - Infection vaginal persistance premier épisode ou récurrence
- Ulcération génitale et/ou bubon chez l'homme ou la femme
- Douleurs testiculaires(uniquement niveau IST1 avec compétence médicale ou niveau IST2)
- Douleurs abdominales basses(pelviennes) chez la femme
- Prévention de la conjonctivite du nouveau-né
- Conjonctivite du Nouveau-né
- Condylomes chez l'homme ou la femme (uniquement au niveau IST1 avec compétence médicale ou au niveau IST2)

Afin de prévenir les mauvaises prescriptions, les kits sont confectionnés en fonction des syndromes. Le personnel de santé de base (sage-femme, infirmier, agent de santé communautaire) formés peuvent les prescrire avec une relative facilité.

Le tableau ci-après donne la listes des molécules disponibles actuellement à la PSP et qui rentrent dans la composition des kits IST

Classe Antibiotique	DCI (code PSP)	Présentation et voies	Germes ou IST visés	Contre-indication	Prix PSP (USD)	Equivalents commerciaux
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine (M011445) Peflacin (M01100)	Cp 250 mg Oral Cp 400 mg Oral	Gonococci e	Grossesse Enfants	0,41 0,02	Ciprofloxacine Peflacin
Pénicilline	Benzathine Benzylpenicilline (M01100)	Flacon 2,4 MUI Inject IM	Syphilis	Allergie Penicilline	0,45	Extencilline Penilente Retarpen
Céphalosporine	Ceftriaxone (M01430)	Amp 250 inj.250 mg	Chancre mou Gonococcie	Allergies Céphalosporine	4,62	Rocéphine
Cyclines	Doxycycline (M01160)	Cp 100 mg	Chlamydia Mycoplasmes	Grossesse Enfant <8 ans	0,08	Doxycycline 100 mg Doxy 100 Granudoxy Monocline Vibramycine
Macrolides	Erythromycine (M01190)	Cp 100 mg Oral	Chlamydia Mycoplasmes	Ne pas associer aux dérivés de l'Ergot de seigle	0,13	Ery 500 Erycocci Erythrocin Propiocine Servithrocin
Rifamycine	Rifampicine	collyre	Mycoplasmes			Rifamycine collyre
Amoxicilline+Acide clavulanique	Amoxicilline+Acide clavulanique (M010045)	1g/200 mg inject IM	Gonococcie		2,8	Clavulin Augmentin
Imidazolés	Butoconazole (M01450)	Ovule 100 mg Vaginal	Candida	Rifampicine hypersensibilité		Gyno-myk
	Métronidazole (M02120)	Cp 250 mg Oral	Trichomonas Vaginoses	1 ^{er} trimestre grossesse Ne pas associer avec l'alcool		Flagyl Metrzine Servizol Supplin, Apometronidazol

Prophylaxie primaire des infections opportunistes

Cotrimoxazole forte : 1 comprimé par jour chez les patients ayant un taux de CD4 inférieur à 350 par millimètre cube. Elle sera systématique dans les zones où le comptage lymphocytaire n'est pas réalisable. La prophylaxie secondaire reposera soit sur les médicaments utilisés lors de l'épisode initial, soit sur le cotrimoxazole à moitié dose.

SECTION V – Informations budgétaires

31. Indiquez en résumé les ressources financières demandées au Fonds mondial par année et par catégorie budgétaire:

Tableau

V.31

Ressources nécessaires (USD)	Semest 1	Semest 2	Semest 3 (Estimation)	Total US \$
Ressources humaines	66 875 US \$	57 500 US\$	57 500 US\$	181'875
Infrastructure/ équipement	169 167 US\$	5 333 US\$	5 333 US\$	179'833
Formation/ planification	70 000 US\$	61 667 US\$	25 833 US\$	157'500
Marchandises/ produits	57 333 US\$	40 667 US\$	22 333 US\$	120'333
Médicaments	67 246 US\$	29 507 US\$	28 525 US\$	125'278
Monitoring et évaluation	4 500 US\$	4 500 US\$	17 833 US\$	26'833
Frais administratifs	48 779 US\$	27 601 US\$	16 669 US\$	93'049
Autres (Coûts opérationnels Cf. Annexe Budget Details)	52 667 US\$	76 833 US\$	9 333 US\$	138'833
Total	536 567 US\$	303 607 US\$	183 361 US\$	1'023'534

Les catégories budgétaires peuvent comprendre les postes suivants:

Ressources humaines: consultants, recrutement, salaires des travailleurs de première ligne, etc.

Infrastructure/équipement: immeubles, véhicules, microscopes, etc.

Formation/planification: formations, ateliers, réunions, etc.

Marchandises/produits: moustiquaires, préservatifs, seringues, matériel éducatif, etc.

Médicaments: traitements anti-viraux, médicaments contre des infection circonscrites, médicaments contre la tuberculose, médicaments contre le paludisme, etc.

Monitoring et évaluation: collecte de données, analyses, rapports, etc.

Frais administratifs: frais généraux, gestion du programme, frais d'audit, etc.

Autres (veuillez spécifier):

31.1. Pour les médicaments et les marchandises/produits, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous les coûts unitaires, les quantités et les coûts totaux, pour LA PREMIERE ANNEE UNIQUEMENT:

Veuillez indiquer le nom générique de la marchandises/du médicament plutôt que le nom commercial ainsi que l'utilisation qui en sera faite.

Les prix unitaires pour les produits pharmaceutiques doivent être les **plus bas possibles** parmi: les prix locaux actuels; les offres publiques de fabricants; ou les informations de prix pour les sources d'information publiques¹. Si les prix de

sources autres que celles évoquées ci-dessus sont utilisées, veuillez joindre une justification.

Les quantités indiquées doivent être cohérentes avec les objectifs de la section 28.

Le Coût total des médicaments et marchandises/produits doit être égal à la somme des lignes Marchandises/Produits et Médicaments pour l'année 1 dans le tableau ci-dessus.

Médicaments	Coût Unitaire	Coût sem1	coûts sem 2	coût sem3	TOTAL
5.1 kit CERVI (1000 kits)	6	6'363	3'182	3'182	12'727
5.2 Kit CERVIGE (500 kits)	18	8'792	4'396	4'396	17'584
5.3 kit LEUCO-P (2000 kits)	3	6'993	3'497	3'497	13'987
5.4 kit LEUCO-S (500 kits)	3	1'712	856	856	3'423
5.5 kit LEUCOGE-P (1000 kits)	3	2'897	1'448	1'448	5'793
5.6 kit LEUCOGE-S (250 kits)	15	3'691	1'846	1'846	7'383
5.7 kit URET-P (4000 kits)	1	4'907	1'227	1'227	7'360
5.8 kits URET-S (750 kits)	2	1'580	790	790	3'160
5.9 Kits ULGEN (1000 kits)	2	2'007	1'003	1'003	4'013
5.10 kits SALPIN-P (300 kits)	13	3'842	1'281	1'281	6'403
5.11 Kits SALPIN-S (400 kits)	5	1'963	982	0	2'945
5.12 Cotrimoxazol fort	0.08	22'500	9'000	9'000	40'500
Sous Total médicaments		67'246	29'507	28'525	125'278

*Tableau
V.31.1*

31.2. Dans les cas où les ressources humaines (RH) constituent une part importante du budget, expliquez dans quelle mesure les dépenses en RH renforceront la capacité des systèmes sanitaires au niveau du patient/de la population cible et comment ces salaires seront garantis après la période couverte par la proposition (1 paragraphe):

L'équipe de coordination de cette proposition vient en appui au staff de CARE, en vue d'apporter un encadrement de proximité aux acteurs de terrain. Cet appui de proximité devrait permettre de corriger les éventuels dérapages qui pourraient survenir dans un contexte socio-politique aussi sensible. A la fin de l'intervention les pairs-éducateurs compétents et expérimentés resteront à la disposition de leurs associations d'origine. ; celles-ci seront redevenues opérationnelles grâce à notre proposition, et auront renoué avec leurs partenaires habituels.

Pour cette proposition, le recrutement d'un chef de projet à temps plein s'impose. Il aura sous sa responsabilité 6 superviseurs couvrant chacun 5 départements. En vue de l'encadrement soutenu des pairs-éducateurs sur le terrain, chaque zone sera sous la direction d'un chef d'équipe, responsable de la planification et du contrôle de l'exécution des activités. Tout le personnel sera basé en zone rebelle.

32. Si vous recevez une subvention de la part d'autres sources que le Fonds mondial pour des activités relatives à cette composante, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous en dollars US la subvention générale reçue au cours des trois dernières années ainsi que celle attendue jusqu'en 2005 (Lignes directrices par. V.62):

Tableau V.31

Secteurs	Origine du financement	2000	2001	2002	2003	2004
VIH SIDA	CARE International	75 000	135 000	135 000	135 000	175 000
	Financements extérieurs (Fondation Mondiale, Fondation MARC, BMS, Union Européenne)		20 000	80 000	140 000	200 000
Urgence Aide Alimentaire	CARE International			50 000	50 000	À déterminer
	Financements extérieurs (Union Européenne / ECHO, WFP)			220 000	185 000	
Total \$US		75 000	155 000	485 000	510 000	375 000

Remarque: la somme des totaux annuels du tableau V.31 doit correspondre pour chaque composante au total annuel du tableau 1.b du résumé d'orientation. Par exemple, si l'année 1 dans la proposition est 2003, la colonne Année 1 du tableau 1.b doit indiquer dans la dernière ligne le total de la subvention provenant des autres sources en 2003 pour toutes les composantes de la proposition.

33. Joignez un budget complet et détaillé qui reprend les catégories budgétaires générales indiquées ci-dessus ainsi que les activités des composantes. Le cas échéant, il doit comprendre des coûts unitaires et des quantités.

34. Indiquez dans le tableau ci-dessous comment les ressources nécessaires seront allouées aux partenaires chargés de l'exécution, en pourcentage:

Tableau V.34

Allocation des ressources aux partenaires chargés de l'exécution* (%)	Semest 1	semestre 2	Semest 3 (Estimation)	Total
Gouvernement				
ONG / Org. communautaires	33 333 US\$	66 667 US\$		100 000 US\$
Secteur privé				
Personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose/ du paludisme				
Organisations universitaires / éducatives				
Organisations professionnelles				
Autres (veuillez spécifier)				
Total	100%	100%	100%	100%
Total en USD				

* S'il n'y a qu'un seul partenaire, expliquez pourquoi.

Remarque: les trois sections suivantes (VI, VII et VIII) concernent toutes des accords d'exécution de la proposition/composante.

Si ces accords sont identiques pour toutes les composantes, vous ne devez pas répondre à ces questions pour chaque composante. Dans ce cas, indiquez clairement dans quelle composante les informations requises peuvent être trouvées.

SECTION VI – Informations sur la gestion programmatique et financière

Remarque: une description détaillée de la gestion programmatique et financière et des accords est donnée dans les Lignes directrices par. VI. 61 – 73, y compris les responsabilités et les rôles du PR - Principal Recipient (Bénéficiaire principal).

36. Décrivez les accords de gestion proposés (esquissez les accords d'exécution de la proposition, les rôles et responsabilités des différents partenaires et leurs relations), (1–2 paragraphes):

CARE propose d'être le principal responsable de ce projet. Des conventions seront signées avec une vingtaine d'ONG locales. CARE assistera ces ONG sélectionnées à concevoir un programme d'activités et un budget opérationnel. Au fur et à mesure de l'avancement du projet, CARE fournira des sub grants à ces ONG's en fonction de leurs besoins et de leurs performances.

Deux types de partenariat sont envisagés pour la gestion et l'exécution de cette proposition.

A. Partenariat avec accord formalisé (convention, contrat de prestation de service, etc..)

- Avec la Pharmacie de la Santé publique(PSP) :

Les clients de la PSP sont avant tout les structures sanitaires publiques. Chacune d'elle dispose d'un code PSP qui correspond en fait à une ligne de crédit-médicaments. Cette disposition a été élargie aux structures communautaires de soins. Dans le cadre de la crise actuelle, le CICR dispose d'un code client, par lequel les achats des kits IST et du cotrimoxazol se feront, en attendant que les négociations en cours, permettent à CARE de bénéficier des mêmes dispositions. La PSP aura donc en charge de rendre régulièrement disponible un stock suffisant.

- Avec le CICR :

Le CICR dans les zones du centre et du Nord de la Côte d'Ivoire organise le fonctionnement d'un certain nombre de structure sanitaires de base aussi bien en zone urbaine que rurale. Le partenariat avec le CICR permettra de faciliter les contacts et l'implication des centres de santé identifiés dans leurs zones d'action. Depuis le déclenchement de la crise actuelle, la Délégation Régionale du CICR basée à Abidjan collabore étroitement avec la PSP et assure l'approvisionnement en médicaments essentiels dans ses zones d'intervention. CARE s'appuiera dans un premier temps sur le CICR pour assurer l'approvisionnement en Kits IST.

- Avec MSF/MDM

Le partenariat avec ces ONG Internationales vise à intégrer effectivement la prise en charge des IST et la prévention des IOS, dans les centres de santé sous leur responsabilité, notamment à Séguéla (MDM) , à Man et Bouaké (MSF) . Le projet en retour assurera leur approvisionnement régulier en kits IST et en cotrimoxazol.

- Avec Population Service International(PSI) et Association Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS) :

PSI est reconnue pour son expertise dans le domaine de la communication pour le changement de comportement et l'organisation des campagnes de sensibilisation de masse. Elle dispose aussi d'un centre audiovisuel de pointe. Les activités prévues dans cette proposition et qui entrent dans la sphère de compétence seront sous-traitées avec elle (formation en technique de vente et de gestion de stock, conception des messages, plan de communication, confection de Prêts à diffuser(PAD) pour les radio de proximité (émissions, spots etc..)

AIMAS est une ONG nationale , qui a en charge la distribution du préservatif sur l'ensemble du territoire national. Le partenariat avec cette structure, qui a déjà commencé depuis mars 2003, CARE ayant facilité à AIMAS le transport de préservatifs

sur Bouaké, permettra de s'appuyer sur son réseau de distribution pour rendre disponible le préservatif dans les zones d'intervention. En échange, ce partenariat permettra à AIMAS de revitaliser son réseau dans les zones occupées et de préparer ainsi la reprise de ces activités dès la normalisation de la situation. Une ligne de crédit sera ouverte chez AIMAS, en vue de garantir l'existence d'un stock suffisant de préservatifs pour la durée de l'intervention.

- Avec le HCR

Le partenariat avec le HCR permettra d'atteindre les réfugiés de l'ouest du pays. Cette institution forme actuellement des formateurs de pairs-éducateurs. Le partenariat avec le HCR pourrait aboutir à la mise à disposition de financement pour l'exécution d'activités de sensibilisation ciblant les réfugiés. Les kits IST seront disponibles dans les centres de santé sous sa responsabilité

- Avec les autres ONG et associations locales

Avec ces dernières, il est envisagé des contrats de prestations de service précisant la nature et le chronogramme des activités à mener. Ce contrat précisera également les responsabilités de chaque partie. Des sub grants seront donnés à ces ONG, basés sur les plans d'action et la performance.

CARE a une assez large expérience dans le monde de ces types de partenariat et a développé des outils adaptés selon le profil du partenaire et ses capacités, notamment en matière de renforcement institutionnel et programmatique et de conventions de partenariat.

B. Partenariat sans obligation d'accord formalisé.

Avec le ministère de la Lutte contre le SIDA (MLS), le Ministère de la Santé (MSP) et le Collectif des ONG de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire (COSCI) :

Dans le contexte actuel, l'implication de ces ministères dans les zones d'intervention de cette proposition n'est pas immédiatement envisageable pour des raisons politiques sensibles. Cependant des rencontres périodiques et la transmission des rapports d'activité aux points focaux identifiés dans ces structures, permettront d'associer étroitement le niveau central au suivi du projet. Par ailleurs, au fur et à mesure de la normalisation de la situation, les équipes cadre de district sanitaire seront impliquées dans le suivi, la supervision et l'évaluation du projet.

Le partenariat prévu avec le COSCI est similaire à celui prévu avec les ministères techniques.

36. Indiquez votre première et votre deuxième suggestion de bénéficiaire principal (Principal Recipient):

Tableau

VI.36

	Première suggestion	Deuxième suggestion
Nom du PR	CARE International	
Nom du contact	Guillaume Aguettan	
Adresse	05 BP 3141 Abidjan	
Téléphone	(225) 22 41 25 16	
Télécopie	idem	
Adresse électronique	Careci@aviso.ci Aguettan@aviso.ci	

Remarque: si vous suggérez plusieurs Bénéficiaires principaux, veuillez copier le tableau VI.35 ci-dessous.

SECTION VII – Informations sur le monitoring et l'évaluation

38. Esquissez le plan de monitoring et d'évaluation en incluant les informations suivantes, (1 paragraphe par sous-question).

38.1. Aperçu des systèmes de gestion des informations sanitaires actuels et les études en cours ou existantes qui fournissent des informations pertinentes (par ex., les enquêtes sanitaires démographiques, les enquêtes sur le niveau de vie, etc.):

Le système d'information et de gestion de l'information sanitaire dans sa configuration actuelle ne prend pas suffisamment en compte les activités préventives en dehors des consultations prénatales et du programme élargi de vaccination. Par ailleurs les informations sur le VIH/SIDA ne sont que très partiellement pris en compte. La surveillance nationale sentinelle des femmes enceintes en milieu rural et urbain permettent de recueillir des données sur les tendances de l'épidémie. Des données sur les aspects socio-comportementaux sont fournies par des enquêtes ponctuelles dont la plus récente remonte à l'année 2002. Les enquêtes démographiques de santé (EDS) réalisées régulièrement avec la participation de l'Institut National des Statistiques et Economie Appliquées (ENSEA), dont la plus récente est l'EDS 98-99, permettent de suivre les principaux indicateurs de santé. Il existe par ailleurs un système d'alarme précoce, pour la surveillance des maladies à fort potentiel épidémique basé à l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP). Une réforme en cours du SIG intègre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans la liste des 22 maladies prioritaires. En outre, un formulaire de recueil standardisé et simplifié de collecte de données sur le VIH/SIDA existe ; il a été élaboré par le ministère de la santé avec la collaboration de SFPS/USAID. Des fiches de référence et contre-référence validées au plan national serviront de support de collecte d'information sur les orientations pour les soins IST ou pour un dépistage volontaire.

38.2. La procédure suggérée, y compris les méthodes et la fréquence de collecte des données (par ex., les informations régulières sur la gestion sanitaire, les recensements, etc.):

Les formulaires de collecte de données existants seront utilisés à titre expérimental. Cependant l'essentiel des activités décrites dans notre proposition portant sur la sensibilisation, le formulaire sera adapté en vue de prendre en compte les items suivants : le lieu de déroulement de l'activité, le type de séance (causerie, projection de film, etc.), le thème de la séance, le nombre de participants avec la répartition selon le sexe, le nombre de préservatifs et de gadgets distribués, les principales questions posées. Ces fiches seront remplies à la fin de chaque séance éducative. Lors des visites de supervision mensuelles, un récapitulatif mensuel sera fait sous la responsabilité du superviseur. Les fiches récapitulatives seront centralisées chaque trimestre, saisies et analysées au siège de CARE, à Abidjan. Un rapport trimestriel sera produit après la compilation des données et un feed-back fait aux acteurs clés du terrain et aux ONG et associations impliquées.

38.3. Calendrier:

- Compilation mensuelle des données et validation lors des visites de supervision sur chaque site
- Compilation trimestrielle des données de tous les sites d'intervention avec rédaction de rapports d'étape et validation lors des réunions trimestrielles des chefs d'équipe de zone
- Revue interne semestrielle avec l'ensemble de l'équipe et quelques bénéficiaires
- Evaluation à la fin de l'intervention

38.4. Rôles et responsabilités dans la collecte et l'analyse des données et des informations:

- Pairs-éducateurs seront responsables des fiches de rapport de séances éducatives
- Les superviseurs auront en charge de faire les récapitulatifs mensuels
- L'équipe de coordination : les compilations trimestrielles, la rédaction et la diffusion des rapports d'étape trimestrielle

38.5. Plan d'intéressement de la population cible à la procédure:

Le niveau de satisfaction des bénéficiaires ainsi que leur perception de l'action menée seront recueillis à travers une enquête qualitative au cours de visites de supervision et à la fin de l'intervention. La prise en compte des points de vue exprimés permettront d'adapter l'intervention aux besoins d'information des populations. Ces échanges réguliers faciliteront les enquêtes socio-comportementales ou qualitatives prévues dans le cadre de l'évaluation en fin d'intervention.

38.6. Stratégie du contrôle de qualité et de validation des données:

Les données compilées trimestriellement seront transmises aux acteurs de terrain. Les rapports trimestriels seront validés au cours des regroupements trimestriels des responsables de zone.

38.7. Utilisation proposée des données de monitoring et d'évaluation:

Les rapports d'étapes ainsi que le rapport d'évaluation finale seront transmises aux responsables du ministère de la lutte contre le SIDA ainsi qu'à tous les partenaires. Ces rapports seront disponibles pour tous les organismes souhaitant mener des interventions dans les zones couvertes par notre intervention. L'évaluation par des personnes indépendantes permettra, en cas de conclusions positives, de documenter l'intervention comme un exemple de bonnes pratiques de prévention du VIH/SIDA dans un contexte de crise aiguë .

39. Attendu que dans certains cas les demandeurs peuvent ne pas disposer actuellement des capacités suffisantes pour établir et alimenter un système qui produise les données de base et des indicateurs de monitoring et d'évaluation, veuillez préciser, si nécessaire, les activités, les partenaires et les besoins de ressources pour renforcer les capacités de monitoring et d'évaluation.

Remarque: les activités de monitoring et d'évaluation pouvant aller au-delà des propositions spécifiques subventionnées par le Fonds mondial, veuillez également inclure les moyens provenant d'autres sources à la fin du tableau VII.39.

Exemples d'activités: collecte des données, amélioration des systèmes informatiques, analyse des données, préparation des rapports, etc.

Compte tenu du contexte de crise, le recrutement d'un consultant ayant une expérience du travail dans des conditions de sécurité non optimale s'avère indispensable pour réaliser l'analyse de la situation et les évaluations des besoins. Les partenaires ne seront sollicités que pour faciliter le travail de terrain de ce consultant.

Tableau VII.39

Activités (destinées à renforcer les Systèmes de monitoring et d'évaluation)	Partenaire(s) (qui peuvent aider à renforcer les capacités de monitoring et d'évaluation)	Ressources demandées (USD)		
		Semest 1	Semest 2	Semest 3
Analyse de la situation et évaluation des besoins d'information et de formation de la communauté, des besoins de renforcement des ONG/OAC	CARE ONUSIDA-PAYS MLS, SFPS, COSCI	\$US 7 500	\$US 6 000	\$US 6 000
Consensus sur le contenu de la supervision (cf ligne 7, atelier de validation trimestriel ...)	CARE, MSP/ SIG MLS, COSCI			
Supervisions mensuelles de collecte des données	CARE, COSCI	\$US 3 000	\$US 3 000	\$US 3 000
Informatisation de la gestion des données.	MSP/SIG ENSEA, CARE	\$US 3 750		
Recrutement d'un informaticien vacataire, spécialiste en analyse des données	CARE MSP/SIG	\$US 2 000	\$US 2 000	\$US 2 000
Visite de terrain trimestrielle	COSCI CARE	\$US 1 500	\$US 1 500	\$US 1 500
Atelier de validation trimestrielle des rapports, formation, et dissémination.	CARE, MSP/ SIG MLS, COSCI	\$US 3 000	\$US 3 000	\$US 3 000
Activités de recherche (enquête CAP, Enquête qualitative,)	MLS, SFPS, ENSEA IRD		\$US 10 000	
Evaluation finale et documentation de l'intervention,	COSCI, MSP/DIPE MLS, ONUSIDA IRD, SFPS			\$US 13 333
Total demandé au Fonds mondial	Fonds Mondial	\$US 13 250	\$US 25 500	\$US 28 833
Total des autres ressources disponibles	CARE	\$US 7 500	0	0

SECTION VIII – Informations sur l'achat et la gestion de la chaîne d'approvisionnement

39. Décrivez les accords actuels sur l'achat et la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits et équipements de santé publique intégrés aux interventions sur les maladies proposées par cette composante, y compris les produits pharmaceutiques ainsi que le matériel comme les aiguilles d'injection, les tests de diagnostic rapide et les marchandises comme les suppléments d'oligo-éléments, les préservatifs et les moustiquaires).

La Pharmacie de la Santé Publique (PSP) est la structure nationale habilitée à commander et distribuer les médicaments dans le secteur public. Il existe également trois grossistes qui approvisionnent les structures privées. Chaque structure a un code et une ligne de crédit qui lui permet de s'approvisionner en médicaments. Le préservatif et les kits IST sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels. Cependant en ce qui concerne le préservatif, L'Association Ivoirienne pour le Marketing Social (AIMAS) est la structure nationale qui a en charge la distribution à base communautaire du préservatif et d'autres produits de santé comme le contraceptif et les sels de réhydratation par voie orale.

41. Votre plan doit couvrir les questions suivantes (1–2 paragraphes par question):

- i. Responsabilité d'achat: description de l'existence éventuelle d'un système national, international ou autres agences extérieures d'achat, ou de leur utilisation combinée en vue de l'achat**

Les kits IST et les préservatifs font partie de la liste des produits disponibles à la PSP. L'AIMAS dans le cadre du marketing social d'un certain nombre de produits pharmaceutiques assure la distribution au plan national du préservatif. Cependant d'autres marques de préservatifs sont disponibles sur le marché dont l'approvisionnement est assuré par des grossistes privés.

- ii. Pratiques d'achat: une description de la manière dont les Principes opérationnels de bonnes pratiques pour les achats de produits pharmaceutiques seront respectés, y compris l'achat concurrentiel auprès de fabricants et fournisseurs agréés afin d'obtenir les prix les plus bas pour une qualité acceptable; et une description de la manière dont la performance des fournisseurs sera évaluée en ce qui concerne la qualité des biens et services fournis**

La PSP, rattachée au ministère de la Santé, lance chaque année un appel d'offre concurrentiel international sous la direction de la Direction des Marchés Publics (ministère de finances). L'appel d'offres fait l'objet d'une publication dans les journaux au niveau national et international. L'attribution des marchés se fait après analyse du dossier technique par une commission apte à statuer sur la régularité des offres. Seuls les produits présentant le meilleur rapport Qualité/Prix sont retenus. La signature des marchés entre la PSP et le fournisseur constitue l'engagement contractuel. La PSP suit les commandes afin de faire respecter les délais. Ce processus est observé pour les médicaments qui entrent dans la confection des différents kits IST.

- iii. Gestion de la chaîne d'approvisionnement: une description de la manière dont la fiabilité, l'efficacité et la sécurité seront assurés dans toute la chaîne**

La PSP suit les commandes et relance les fournisseurs pour faire respecter les délais de livraison. Le chronogramme de livraison fait partie du cahier de charge des fournisseurs retenus.

iv. Absence de détournement: une description des systèmes de gestion et de contrôle des stocks, des systèmes d'audit et des autres moyens mis en oeuvre en vue d'éviter le détournement de produit

La PSP approvisionne uniquement les structures publiques sur toute l'étendue du territoire national. Les structures sanitaires d'Abidjan sont livrées directement. La livraison aux dispensaires, centres de santé et maternités se fait par l'intermédiaire des districts de santé. La PSP dispose de plusieurs magasins de stockage spécialisés selon le type de produits. La gestion des stocks est informatisée avec un seuil d'alerte. Dans le cadre de cette proposition les produits acquis soit auprès de la PSP soit auprès de l'AIMAS seront directement acheminés sur les sites par l'équipe de coordination de CARE. Un logisticien sera engagé pour la gestion de stock et la programmation de la distribution des produits sur les sites.

v. Gestion des prévisions et des stocks: une description dont les prévisions de quantité de produits médicaux nécessaires au programme seront systématiquement et régulièrement mises à jour et comment ces prévisions seront suivies et régulièrement comparées à la consommation réelle de ces produits;

Un logisticien aura en charge la gestion des stocks. Les responsables des zones tiendront des registres d'entrée et de sortie qui leur permettront de suivre régulièrement leur stock.

vi. Sélection de produit: une liste des produits médicaux à acheter, y compris la référence aux protocoles de traitement standard pertinents et listes de médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé, des autorités du pays hôte ou du candidat;

vii. Programmes de don: une description de tout programme de don qui fournit actuellement des produits médicaux (ou auprès duquel une demande a été faite), y compris le Global TB Drug Facility et les programmes de don des entreprises pharmaceutiques, agences multilatérales et ONG;

Notre proposition n'inclut pas de don compte tenu de l'urgence de la situation

viii. Respect des normes de qualité: une description de la manière dont le respect des normes de qualité sera assuré, tant pour les produits pharmaceutiques provenant d'une source unique ou de sources réduites en nombre que de plusieurs sources, y compris une description de la manière dont des échantillons aléatoires de produits pharmaceutiques seront testés quant à leur respect des normes de qualité;

La qualité des produits est d'abord assurée par la sélection des fournisseurs selon la réglementation, les bonnes pratiques de fabrication nationales et internationales. Le Laboratoire National de la Santé Publique et le Laboratoire de Contrôle de Qualité de l'OMS basé à Niamey assurent le contrôle de qualité sur des échantillons prélevés au hasard dans chaque lot de produits réceptionnés. Ces dispositions sont appliquées aux médicaments IST et aux préservatifs .

ix. Respect des protocoles de traitement, de la résistance aux médicaments et des réactions négatives: une description de la manière dont les patients seront encouragés à suivre le traitement prescrit (par ex., utilisation de combinaisons de doses fixes, formules quotidiennes uniques, emballages thermoformés et éducation et soutien par des pairs), comment la résistance aux médicaments sera suivie et contrôlée et comment les réactions négatives seront suivies;

Notre proposition prévoit uniquement le traitement à base syndromique des IST. Les kits IST sont confectionnés selon les grands syndromes retenus dans les directives nationales révisées en 2002. A l'intérieur de chaque kit se trouve une fiche de posologie. Les directives actuelles en matière de prise en charge des IST

accordent une place importante au soutien à l'observance. Des visites de contrôle systématiques sont proposées pour s'assurer de la guérison. Les patients qui seront orientés par les pairs-éducateurs bénéficieront, s'ils l'acceptent, d'un accompagnement à l'observance à domicile. En outre les préservatifs proposés par l'AIMAS contiennent dans leur emballage, un guide d'utilisation illustré. Afin de s'assurer de l'utilisation correcte des préservatifs, des démonstrations du port du préservatif seront systématiquement faites lors des séances éducatives.

- x. **Lois nationales et internationales: une description de la manière dont les lois nationales et les obligations internationales en vigueur dans le domaine des droits de propriété intellectuelle seront respectées, y compris une description de la manière dont les latitudes prévues par l'Organisation mondiale du commerce dans l'Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), et évoqués par la Déclaration concernant l'Accord sur les ADPIC et la santé publique de Doha, sera utilisée afin d'obtenir des médicaments et produits de qualité aux prix les plus bas possible;**

Le mécanisme d'appel d'offre international concurrentiel accorde la préférence absolue aux médicaments ayant les coûts les plus bas possibles. Les médicaments entrant dans la confection des différents kit IST sont des génériques pour la plupart.

- xi. **Indicateurs de gestion des achats et des stocks: une description des indicateurs à utiliser pour suivre la gestion des achats et des stocks (par ex. délai moyen entre la commande de produits et la réception, pourcentage moyen de stock nul dans les principaux dépôts, installations de traitement préventif, prix des produits lors du dernier achat par rapport aux prix précédents pour les mêmes produits et aux prix moyens révélés par les indicateurs du prix international des médicaments), avec des bases si disponibles.**

Les indicateurs de gestion proposés seront considérés pour la gestion des achats et des stocks. Cependant la PSP et l'AIMAS étant les seules sources d'approvisionnement en produits pharmaceutiques de notre proposition, les prix sont généralement stables au cours de l'année, entre deux appels d'offres.

LISTE DES PIÈCES JOINTES

Remarque:

La liste des pièces jointes est divisée en deux parties: la première partie énumère les pièces jointes demandées par le Fonds mondial à titre de documentation des sections III et IV.

La deuxième partie permet aux candidats d'énumérer les pièces jointes relatives à d'autres sections telles que les Informations sur les demandeurs (Section II), le Budget détaillé (Section IV) ou autres informations pertinentes.

Veillez signaler quels documents sont joints en indiquant un numéro de document.

<p>Documents généraux:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) 2. Cadre de dépenses à moyen terme 3. Plans stratégiques de secteur 4. Tout rapport sur la performance 	<p>Pièce jointe #</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Documents spécifiques - VIH/SIDA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Analyse de la situation 6. Données de base pour suivre les progrès² 7. Plan stratégique national pour le VIH/SIDA, avec estimations budgétaires 8. Plan axé sur les résultats, avec indication du budget et du déficit en ressources (le cas échéant) 	<p>Pièce jointe #</p> <p>_____</p>
<p>Documents spécifiques - tuberculose:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Plan d'expansion pluriannuel de stratégie DOTS et budget pour atteindre les cibles mondiales de lutte antituberculeuse 10. Documents sur les mesures techniques et opérationnelles du programme national de lutte antituberculeuse, sous la forme de manuels nationaux ou documents similaires 11. Rapport annuel le plus récent sur la mise en oeuvre du DOTS, son développement et la planification financière (formulaire de collecte systématique de données annuelles de l'OMS sur la tuberculose [et données financières]) 12. Dernière évaluation/examen indépendants des actions nationales de lutte antituberculeuse 	<p>Pièce jointe #</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Documents spécifiques - paludisme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Analyse de la situation 14. Données de base pour suivre les progrès 15. Plan stratégique national pour faire reculer le paludisme, avec estimations budgétaires 	<p>Pièce jointe #</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

² Lorsqu'il n'existe pas de données de base, il devra être prévu dans la proposition d'en établir.

16. Plan axé sur les résultats, avec indication du budget et du déficit en ressources (le cas échéant)	
Documents généraux:	Pièce jointe # _____ _____ _____ _____
Documents spécifiques – VIH/SIDA:	Pièce jointe # _____
Documents spécifiques - tuberculose:	Pièce jointe # _____ _____ _____ _____
Documents spécifiques - paludisme:	Pièce jointe # _____ _____ _____ _____
Documents/activités communs	Pièce jointe #

**Annexe A: Indicateurs essentiels à inclure, le cas échéant,
dans les tableaux d'objectifs et de résultats**

INDICATEURS ESSENTIELS SIDA, TB ET PALUDISME	
VIH/SIDA	
Prévention	Nombre de personnes recevant un test VIH (non compris la surveillance de routine)
Prévention	Nombre de préservatifs* distribués ou vendus
Prévention	Nombre de jeunes de 15-24 ans formés à la prévention du VIH
Prévention	Nombre de travailleurs en milieu sexuel touchés par des interventions VIH/SIDA ciblées
Prévention	Nombre d'hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes touchés par des interventions VIH/SIDA ciblées
Prévention	Nombre d'utilisateurs de patients traités par injection recevant des interventions précaires
Prévention	Nombre d'unités de sang testées pour le VIH
Prévention	Nombre de cas de STI traités*
Prévention	Nombre de personnes avec accès aux services de prévention VIH/SIDA sur les lieux de travail
Prévention	Nombre de femmes VIH+ suivant une thérapie antirétrovirale afin de prévenir la transmission mère-enfant du VIH
Prévention	Nombre d'installations de soin offrant des pratiques cliniques sécurisées**
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes recevant des soins VIH/SIDA à domicile*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes recevant des soins palliatifs VIH/SIDA*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes recevant un traitement pour infections opportunistes*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes traitées par prophylaxie pour des infections opportunistes*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes suivant une thérapie antirétrovirale*
Traitement, soins et aide	Nombre d'orphelins du VIH/SIDA recevant une aide
Tuberculose	
Traitement, soins et aide	Nombre d'unités de traitement offrant DOTS
Traitement, soins et aide	Nombre of estimated new smear-positive TB cases detected under DOTS
Traitement, soins et aide	Nombre de cas TB par frottis enregistrés parmi les patients DOTS traités avec succès*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes terminant un traitement DOTS+ pour MDR-TB*
Paludisme	

Prévention	Nombre de moustiquaires traitées à l'insecticide*** distribuées*
Prévention	Nombre de kits de retraitement de moustiquaires distribués*
Prévention	Nombre de femmes enceintes qui ont suivie une chimioprophylaxie anti-paludisme selon la politique nationale des médicaments*
Prévention	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires traitées
Prévention	Nombre de maisons et immeubles traités à l'insecticide
Traitement, soins et aide	Nombre de cas de paludisme simple détectés dans les deux semaines de la déclaration
Traitement, soins et aide	Nombre de cas de paludisme traités à l'aide de dérivés sans base d'artémisinine*
Traitement, soins et aide	Nombre de cas de paludisme traités à l'aide de dérivés à base d'artémisinine*

* Renvoi au produits ou traitements financés par des ressources du Fonds mondial

** Comprend les précautions universelles et les aiguilles stérilisées à des fins médicales

*** Comprend les moustiquaires traitées ou les moustiquaires non traitées plus insecticide

Annexe B: Modèle de budget première année et plan de travail – Bénéficiaire principal-- Exemple

Objectif/Activités générales		Q1		Q2		Q3		Q4		
		Repon sable	Indicateurs Description	Budget ¹⁾	Indicateurs -- Description	Budget ¹⁾	Indicateurs -- Description	Budget ¹⁾	Indicateurs -- Description	Budget ¹⁾
Objectif 1: Education sanitaire et familiale pour la préventions des MST et du VIH/SIDA										
Activité générale 1: programmes radio			Contrats signés avec 2 stations de radio		Contrats signés avec 2 stations de radio		8 émissions par mois sur 2 stations chaque mois après la formation des enseignants			
Activité générale 2: Education à l'école			Contrats signés avec 15 écoles - développement de formulaires pour rapport enseignant; étude de base faite		Contrats signés avec 15 écoles - développement de formulaires pour rapport enseignant; étude de base faite		Etude de base terminée qui a révélé le nombre de jeunes dans les écoles participantes et un échantillon de jeunes non scolarisés et de parents qui peuvent identifier correctement 4 manières de réduire les risques de transmission du VIH ; 55 enseignants formés			
Activité générale 3: Développement et gestion d'un centre de jeunesse			Identification de site; développement des formulaires d'admission		Identification de site; développement des formulaires d'admission					
Objective 2:										
Total										

1) Budgets par étape/indicateur uniquement si possible, sinon budget total par trimestre

Annexe C: Formulaire Green Light Committee

Annexe pour le sous-composant sur la Tuberculose aux candidatures au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui comprend l'utilisation de médicaments anti-TB de seconde ligne.

INSTRUCTIONS POUR DEMANDE AU GREEN LIGHT COMMITTEE POUR ACCES A DES MEDICAMENTS ANTI-TB DE SECONDE LIGNE

Demande complétée à introduire avant la date limite fournie par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme à:

Organisation mondiale de la santé
Communicable Diseases
Green Light Committee of the Working Group on DOTS-Plus for Multidrug-Resistant Tuberculosis
20 Avenue Appia
CH-1211
Genève 27
SUISSE

E-mail: dotsplus@who.ch

Organisation mondiale de la santé

2003

RESUME

DOTS-Plus signifie DOTS d'abord. Les projets pilotes DOTS-Plus potentiels qui (1) s'appuient sur les bases d'un programme de contrôle DOTS TB bien établi (2) conçoivent leur projet dans le cadre des principes énoncés dans les *Guidelines for Establishing DOTS-Plus Pilot Projects for the Management of Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB)* et (3) complètent leur demande dans la forme prescrite dans ces *Instructions For Applying to the Green Light Committee for Access to Second-Line Anti-Tuberculosis Drugs* (ci-après "les Instructions") ont de fortes chances de recevoir le "feu vert" du Green Light Committee (GLC) afin de participer à l'achat groupé de médicaments anti-TB de seconde ligne à des prix préférentiels. De plus, la procédure de demande peut permettre une meilleure communication entre le site du projet et l'OMS, les membres du groupe de travail et le GLC. Toutes les parties y trouveront des avantages, surtout les patients, bien sûr, atteints de MDR-TB. Le retour d'information et le processus de monitoring pour les projets pilotes DOTS-Plus devrait fournir une expérience clinique et programmatique nécessaire pour développer des normes mondiales de prévention et de contrôle de la MDR-TB.

APERÇU DE LA PROCEDURE DE DEMANDE

Les pays qui ont intégré l'utilisation de médicaments anti-TB de seconde ligne dans candidature au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFTAM) doivent introduire une demande auprès du Green Light Committee (GLC) de l'OMS. La demande permet au GLC de comprendre la structure et la performance du programme de contrôle TB de base et le projet pilote DOTS-Plus proposé et la capacité du projet à prévenir l'abus de médicaments anti-TB de seconde ligne.

Le GLC peut prendre l'une de décisions suivantes:

- 1) GLC conseille au GFTAM de financer le projet;
- 2) Le GLC conseille au GFTAM de financer la composante du projet comportant l'utilisation de médicaments anti-TB de seconde ligne sous réserve de révisions/modifications avant que le projet puisse participer à la procédure d'achat groupé de médicaments anti-TB de seconde ligne à un prix préférentiel; ou
- 3) Le projet pilote DOTS-Plus ne répond pas pour le moment aux critères fixés et le GLC conseille au GFTAM de ne pas financer la composante du projet qui intègre l'utilisation de médicaments anti-TB de seconde ligne.

L'approbation du projet ne garantit pas qu'il bénéficiera des principes fixés dans les Directives pendant toute sa durée. Afin d'assurer que les médicaments ne seront pas utilisés à mauvais escient, des visites de monitoring seront effectués pendant toute la durée du projet. L'objectif de ces visites est de revoir la mise en oeuvre de la stratégie DOTS et du projet pilote DOTS-Plus sur le site et de fournir une assistance technique (si nécessaire) au nom du GLC.

INSTRUCTIONS POUR LES CANDIDATS

Il n'existe pas de formulaire officiel³. La demande, en anglais ou traduite en anglais, doit être conforme au format et comprendre les éléments décrits dans le présent document. La demande doit avoir trois sections principales:

1. Une lettre d'introduction (deux pages maximum).
2. Le corps principal de la demande (trente pages maximum).
3. Annexes (pas de limite).

Lettre d'introduction

La lettre d'introduction doit être dactylographiée ou imprimée sur du papier à entête de l'organisation candidate. Elle doit être adressée au "Green Light Committee." La lettre de couverture doit être signée par le directeur du projet et contenir les éléments suivants en relation avec le projet pilote DOTS-Plus:

- Lieu.
- Taille de la population à traiter.
- Date de début et durée envisagées.
- Calendrier de l'inclusion des patients pendant le projet pilote.
- Liste de toutes organisations intéressées.
- Brève justification du besoin pour un projet pilote DOTS-Plus.

Corps de la demande

En général, la demande doit décrire en termes spécifiques comment le programme TB de base et le projet pilote DOTS-Plus proposé développeront les principes énumérés dans les Directives. Le corps de la demande doit être divisé en sept sections:

- i. Contexte;
- ii. Pertinence du projet pilote DOTS-Plus;
- iii. Engagement du gouvernement;
- iv. Organisation, gestion et coordination
- v. Laboratoire;
- vi. Traitement et stratégie de suivi;
- vii. Systèmes d'information et gestion des données;
- viii. Annexes

Le contenu de chaque section doit comprendre les éléments et questions évoqués dans les Directives. Bien que toutes les demandes doivent comprendre ces sections, d'autres sections peuvent être ajoutées si elles expliquent le projet de manière plus claire.

³ Toutefois, la demande doit être imprimée sur une feuille A4 ou 8.5"x 11" traditionnelle, interligne simple, avec des marges de 2,5 cm (un pouce), des caractères qui ne sont pas inférieurs à douze points en hauteur et pas plus de douze caractères par 2.5 cm. Ce format s'applique à toutes les parties de la demande préparée à l'origine par les candidats; il ne s'applique pas aux annexes photocopiées.

Contexte

Cette section doit s'intéresser aux raisons de l'émergence e MDR-TB dans la région et l'évaluation du candidat quant à l'importance relative de chaque raison.

Pertinence du projet pilote DOTS-Plus

Cette section doit justifier le projet pilote DOTS-Plus ainsi que les résultats envisagés du projet pilote. Elle doit comporter les informations suivantes:

- Toutes les données de surveillance de la résistance au médicament pour le pays en général et/ou pour le district où le projet DOTS Plus sera mis en oeuvre (à indiquer dans la demande en annexe).
- Profil de résistance aux médicaments du groupe DOTS-Plus proposé au traitement.
- Données du résultat du traitement pour le pays dans son ensemble et du district où le projet DOTS Plus sera mis en oeuvre.
- L'impact épidémiologique attendu du projet pilote DOTS-Plus potentiel.
- La stratégie à long terme prévue pour gérer la MDR-TB dans la région.
- Les descriptions complètes du programme de gestion si la gestion des cas de MDR-TB est déjà en cours au sein d'un programme de contrôle de la TB du projet pilote DOTS-Plus proposé (à indiquer dans la demande en annexe).

Engagement du gouvernement

Les autorités publiques, la direction du ministère de la santé et celle du programme de contrôle de la TB dans la région doivent être fermement engagés dans le contrôle de la TB. Cette section doit présenter des preuves crédibles d'un tel engagement. Elle doit également s'assurer que le traitement de la MDR-TB est fourni gratuitement aux patients. Cette section doit comporter:

- L'engagement du système de contrôle de la TB à réguler et justifier la distribution de médicaments anti-TB de seconde ligne conformément aux directives spécifiques.
- Les lettres originales de soutien (à joindre en annexe de la demande) de chaque institution qui collabore à la mise en oeuvre du projet pilote DOTS-Plus dans le cas où elles n'ont pas été jointes à la demande originale auprès du GFTAM.

Organisation, gestion et coordination

L'organisation et le fonctionnement du projet pilote DOTS-Plus proposé est crucial tout comme la relation entre les deux et le système de contrôle de la TB dans la région. Les rôles et responsabilités de chaque composante participant au système TB, y compris les individus, doit être délimité afin d'éviter un double emploi et de veiller à couvrir tous les aspects du projet pilote. Les institutions locales, les services médicaux généraux et les services sociaux ainsi que les donateurs et collaborateurs extérieurs doivent être intégrés dans le projet pilote. Cette section doit fournir une description détaillée:

- des installations locales du système de contrôle de la TB (dont les unités spécialisées) qui seront concernées par le traitement des patients atteints de MDR-TB et les rôles et responsabilités de chacun.
- du personnel local du système de contrôle de la TB qui sera responsable du traitement des patients atteints de MDR-TB et de leur formation / expérience dans la gestion de la MDR-TB et l'utilisation de médicaments anti-TB de seconde ligne.
 - ? Les installations local à l'extérieur su système de contrôle de la TB qui seront associées à la gestion des patients atteints de MDR-TB, notamment les rôles et responsabilités de chacun (par ex., prisons, services médicaux généraux, services sociaux, instituts psychiatriques, programmes l'abus d'alcool et de médicaments, etc.).
 - ? Les agences locales et nationales et les agences internationales qui collaborent, ainsi que les rôles et responsabilités de chacune d'elles.
 - ? Le plan de mise en oeuvre du projet pilote DOTS-Plus.
 - ? La gestion et la coordination du projet pilote DOTS-Plus.
- Le système de gestion des médicaments anti-TB, en particulier les médicaments anti-TB de seconde ligne à acheter suite à la présente demande, notamment le stockage, la distribution, le monitoring, les rapports et la justification.
 - ? Le monitoring et la supervision du projet pilote DOTS-Plus par un organisme interne et externe.
 - ? Le programme de formation pour tout le personnel de santé, les techniciens de laboratoire et le personnel des systèmes d'information/gestion de données.

Laboratoire

Cette section doit clairement identifier tous les laboratoires impliqués dans le projet pilote DOTS-Plus et les capacités de chacun d'eux. Spécifiez le nombre et le type de spécimens traités; les techniques utilisées pour la microscopie des frottis, la culture et les DST; les procédures de biosécurité pour les travailleurs du laboratoire; et la structure de supervision du laboratoire. Cette section doit fournir une liste et une brève description:

- des laboratoires locaux de référence effectuant la microscopie des frottis, la culture, et/ou DST.
- le système d'assurance qualité et les activités de supervision du laboratoire local de référence, et les résultats des évaluations d'assurance de qualité les plus récentes.
- tout autre laboratoire pratiquant la culture et la DST.

- Le réseau de laboratoires pratiquant uniquement la microscopie des frottis.

Cette section doit également fournir une description plus détaillée:

- de la collaboration avec un laboratoire international de référence et du système d'assurance de qualité associé à ce laboratoire.
- la procédure et l'infrastructure de collecte de spécimens, le transport et les renvois de référence.

Stratégies de recherche de cas

Cette section doit clairement décrire les stratégies de recherche de cas à utiliser pour l'inscription des patients dans le groupe. Certains projets ont déjà identifié les patients MDR-TB à incorporer au groupe. D'autres peuvent également avoir des plans supplémentaires en vue d'inscrire des patients qui au moment de la demande n'étaient pas encore identifiés. Cette section doit fournir une liste et une brève description:

- de l'étape dans le processus de diagnostic à laquelle le patient TB reçoit une DST (un diagramme peut être utile).
- les critères d'inclusion / exclusion à utiliser pour la sélection, parmi le total des cas de MDR-TB identifiés par le projet, de ceux à inscrire dans le groupe du projet DOTS Plus.
- les institutions de soin / instances chargées de l'élaboration et de l'application de ces critères d'inclusion / exclusion.

Traitement et stratégie de suivi

Cette section doit clairement décrire tous les aspects de la gestion des patients du groupe de traitement proposé, depuis la découverte du cas et la sélection jusqu'au suivi après le traitement. Les variables de base essentielles, de monitoring, de résultat et les analyses des résultats doivent être spécifiés selon les critères de l'OMS⁴ Cette section doit comprendre la stratégie/le plan (avec justification) pour:

- les régimes de traitement pour les phases intensive et permanente conformément aux comportements de résistance spécifique aux médicaments.
- le transfert des patients et l'information du patient de l'hôpital/dispensaire (hospitalisé) vers l'infirmerie mobile ou polyclinique et en sens inverse si nécessaire.
- les autres transferts de patients et l'information du patient tels que le transfert entre la prison et la vie civile, vers des institutions de soins ou d'hébergement spécialisée à long, des sanatoriums ou d'autres hôpitaux.
- le calendrier de monitoring pour les patients et les évaluations/tests à effectuer en chaque lieu.
- L'observation directe de l'ingestion du médicament.
- la garantie d'un traitement complet et le suivi de tous les patients (gestion des cas).
- la gestion détaillée des effets contraires et la récolte de ces données.
- la dispense de services sociaux et d'une aide aux patients.

⁴ *Tuberculosis Handbook*. WHO/TB/98.253

Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis. WHO/TB/96.210

Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Tuberculosis Control Programmes. WHO/TB/97.220

Systemes d'information et gestion des donnees

Le groupe de travail de DOTS-Plus sur la MDR-TB fournira une liste des variables et des definitions des resultats en vue de la collecte des donnees. Toutefois, le candidat peut joindre a la demande son propre plan et ses propres formulaires de collecte des donnees.

L'aptitude a enregistrer et traiter des donnees couvrant tous les aspects des etudes de cas, diagnostics, traitements, resultats et performance du programme est cruciale pour tous les projets pilotes DOTS-Plus. Ces projets pilotes DOTS-Plus sont consideres comme pilotes parce qu'il n'existe pas suffisamment de donnees pour determiner des directives generales definitives reposant sur des preuves. Le projet pilote DOTS-Plus doit s'engager en faveur de la formation de tous les participants et a enregistrer precisement et completement les informations necessaires, dont la supervision et l'assurance qualite. Les besoins de formation peuvent etre considerables. Outre l'ensemble de donnees standard, cette section doit specifier:

- le systeme et les formulaires de detection et de notification.
- le systeme d'enregistrement des donnees et de rapport du laboratoire.
- le format du rapport trimestriel et annuel.

Annexes

Les annexes a la demande doivent contenir toutes les lettres de soutien et les donnees pertinentes au projet. Plus particulierement, cette section doit contenir les elements suivants sous forme d'annexes separees:

1. donnees de resistance aux medicaments et analyse WHO/IUATLD traditionnelle de ces donnees.
2. protocoles therapeutiques proposes et nombre propose de patients dans chaque groupe de traitement.
3. resultats des programmes d'assurance de qualite subis par chaque laboratoire (et chaque procedure) concernes par le projet pilote DOTS-Plus.
4. toutes les collections de donnees et les formulaires de rapport a utiliser.
5. la demande d'achat specifique, a intervalle de six mois et total cumule, pour les medicaments anti-TB de seconde ligne pour terminer le traitement complet du groupe, dont le nom generique, la formule, la dose unitaire, le nombre de doses unitaires, le poids cumule de chaque medicament et le calendrier de livraison (voir le formulaire 'A' de demande d'achat de medicament). Les modifications de la demande d'achat apres approbation du GLC doivent etre dument justifies aupres du GLC.
6. des exemples de detection groupee et des rapports de performance des deux annees precedentes (si possible) conformement a formulaire 'B' en annexe.
7. si la gestion des cas de MDR-TB est deja en cours sous les auspices du programme de controle de la TB du projet pilote DOTS-Plus propose, les donnees du programme de gestion doivent etre incluses. Les informations de la lettre d'introduction et du corps de la demande ne doivent pas etre repetees dans cette annexe. Toutefois, au minimum, cette annexe doit contenir (en reference au groupe MDR-TB gere par le programme TB actuel), les informations suivantes:
 - nombre de cas de MDR-TB enregistres par an,
 - nombre de cas de MDR-TB traites par le programme actuel de controle de la TB,
 - regimes des traitement utilises (ventiles par resistance aux medicaments),

- temps d'expectoration et de conversion de culture,
- résultats des traitements, et
- effets contraires relevés.

Formulaire A: Demande d'achat de médicament

Nom du projet:
Durée du projet (en années):
Calendrier de livraison de, la première demande de médicament (couvrant 6 mois de traitement):
Taille du groupe:

Demande	Médicament	Km 1 g vials	Am 1 g vials	Cm 1 gr vials	Pth 250 mg Tab	Eth 250 mg Tab	Cip 500 mg Tab	Ofi 200 mg Comp	PAS 4 g sachets	Cs 250 mg caps
Quantité pour chaque traitement	_____									
Quantité de doses unitaires totales pour la première demande de médicament couvrant 6 mois de traitement										
Demande totale de médicament pour le groupe complet										

Formulaire B: détection cumulée de TB & rapports de performance du programme

Pays:
Programme national de lutte contre la tuberculose:

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHEZ NOUVEAUX PATIENTS TUBERCULEUX DETECTES PAR FROTTIS PULMONAIRE POSITIF										
	Année ou trimestre		Année ou trimestre		Année ou trimestre		Années ou trimestre		Année ou trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nombre (N°) de patients enregistrés										
Patients inclus dans le groupe		100		100		100		100		100
Guéris										
Traitement terminé										
Echecs										
Abandons										
Transferts inconnus										
Décès										