Toutes les sections du formulaire de demande de FAT et ses annexes doivent être remplies par le responsable identifié. Il est obligatoire de remplir entièrement ce formulaire de demande et ses annexes avant l'approbation.

# Section A: Contacts primaires et suivi du déroulement du processus

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***[A remplir par le Directeur Pays (UCD) ou Point Focal du Bureau Pays de l’ONUSIDA (UCO)]*** | | |
| Point focal du Bureau Pays de l’ONUSIDA pour cette mission (ou alors le Directeur Pays): | Entrer le nom. | |
| Courriel : | Entrer une adresse électronique. | |
| Directeur Pays de l’ONUSIDA: | Entrer le nom. | |
| Email: | Entrer une adresse électronique. | |
| Date de soumission à l'EAR après achèvement des sections B 1-8, 10-11, C et D: | | jj mmm aaaa |
| ***[A remplir par le point focal de l'EAR concerné en fonction de la répartition des rôles dans la région]*** | | |
| Point Focal Thématique, Mission, ou Pays de l’EAR : | Entrer le nom. | |
| Courriel : | Entrer une adresse électronique. | |
| Date de soumission au DAT après examen et achèvement de la section C2: | | jj mmm aaaa |
| ***[A remplir par l’Equipe du DAT]*** | | |
| Agent Technique DAT: | Entrer le nom. | |
| Courriel : | Entrer une adresse électronique. | |
| Date de soumission au responsable thématique Mondial pour examen: | | jj mmm aaaa |
| ***[A remplir par le Responsable Thématique Mondial]*** | | |
| Responsable thématique mondial de l'ONUSIDA: | Entrer le nom. | |
| Courriel : | Entrer une adresse électronique. | |
| Date de soumission au DAT après examen et achèvement de la section B 12-13 et C2 : | | jj mmm aaaa |
| ***[A remplir par OPM]*** | | |
| OPM Assistant Chef de projet : | Entrer le nom. | |
| Courriel : | Entrer une adresse électronique. | |
| Date de réception du DAT pour traitement : | | jj mmm aaaa |
| Date d'achèvement et de partage après examen et achèvement de la section B 9: | | jj mmm aaaa |
| Date à laquelle le dossier de candidature complet a été soumis pour approbation: | | jj mmm aaaa |

# Section B: Termes de Référence

## 1. DETAILS DE LA MISSION[A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pays: | Choisir un pays/région | |
| Titre de la mission: | Entrer un titre. | |
| Numéro de la mission dans le PATV (VTSP) annuel : | | Entrer un numéro |
| Si ce n'est pas dans le PATV (VTSP) annuel, date à laquelle la mission a été préapprouvée pour élaboration par le point focal de l'EAR: | | jj mmm aaaa |
| Contribue au cadre de résultats 2020-2022 : | | Indicateur primaire Indicateur secondaire |
| Budget demandé pour la mission : | | USD Entrer une valeur |
| Budget estimé dans le PATV annuel: | | USD Entrer une valeur |
| Si ce n'est pas dans le PATV annuel, l'allocation budgétaire identifiée pour la mission: | | USD Entrer une valeur |
| Organisation bénéficiaire: | Entrer le nom de l’organisation | |
| Estimation de la durée de la mission: | Entrer le nombre de mois ou de jours | |
| Date de début et de fin proposée: | jj mmm aaaa - jj mmm aaaa | |

Prévoir **deux semaines à compter de la date de soumission au DAT** pour le traitement avant la date de début de mission proposée. Avant de soumettre cette demande, veuillez également contacter votre point focal EAR pour discuter de la viabilité de cette mission.

Si la date de début proposée est dans moins de deux semaines, expliquez pourquoi cette demande n'a pas été soumise plus tôt.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

## 2. CONTEXTE (maximum ½ page) [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

Expliquer la pertinence de cette mission par rapport aux objectifs de la procédure accélérée et à la subvention du Fonds mondial, la nécessité d'un soutien technique et s'il s'agit de la continuation d'une mission précédente soutenue par ONUSIDA.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

## 3. OBJECTIF (maximum ¼ page) [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

Identifiez les rôles catalytiques spécifiques que cette mission jouera dans le contexte décrit ci-dessus.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

## 4. RÉSULTATS ATTENDUS DE LA MISSION (maximum ½ page) [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

Identifier les résultats immédiats et à plus long terme à atteindre par l'AT. Indiquer comment cette assistance technique devrait contribuer aux objectifs de la procédure accélérée et aux futurs investissements du Fonds mondial dans le pays.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

## 5. RÉSULTATS SPÉCIFIQUES [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

(par exemple, rapport final, série complète de diapositives Powerpoint, cartes détaillées et tendances)

1. Cliquer ou taper ici pour entrer le texte
2. Appuyez sur la touche Entrée pour ajouter des lignes

## 6. APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE DE LA MISSION (maximum ½ page) [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

Décrire l'approche et la méthodologie générales (par exemple, revue documentaire, modélisation, etc.) à suivre dans le cadre de la mission. Inclure une référence aux documents de référence sur la méthodologie.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

## 7. ENGAGEMENT DES INTERVENANTS ET COORDINATION [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

7.1 Parmi les parties prenantes suivantes, lesquelles avez-vous consultées et obtenu l'aval pour cette mission ?

|  |  |
| --- | --- |
| Coparrainants de l’ONUSIDA | Bien vouloir identifier |
| USAID/Représentant(s) du Gouvernement Américain | Bien vouloir identifier |
| Equipe Pays Fonds Mondial | Bien vouloir identifier |
| Ministère de la Santé | Bien vouloir identifier |
| Organisation de la société civile/ Réseau des populations clés | Bien vouloir identifier |
| Secrétariat de l’Instance de coordination nationale (ICN) ou CNLS | Bien vouloir identifier |

7.2 Si l'une des cases ci-dessus n'est pas cochée, expliquez pourquoi vous n'avez pas consulté ou n'avez pas réussi à obtenir l'aval des autres parties prenantes énumérées pour la mission.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

|  |  |
| --- | --- |
| 7.3 Toutes les parties prenantes ont été informées et comprennent que l’ONUSIDA est tenu de fournir à ses donateurs des rapports narratifs détaillés sur l'assistance technique fournie par le biais du FAT, et que ces rapports peuvent tomber dans le domaine public. | Oui/Non |
| 7.4 Y a-t-il des sensibilités ou des préoccupations particulières concernant les rapports de l’ONUSIDA sur l'assistance technique envisagée dans cette demande de FAT ? En répondant par oui, vous demandez la possibilité d'examiner les rapports au nom des parties prenantes.. | Oui/Non |

## 8. EXPERTISE TECHNIQUE REQUISE [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

Si nécessaire, veuillez indiquer le consultant principal pour les fonctions de gestion et de coordination de l'équipe.

| # | Consultant | National/ International | Résultats énumérés ci-dessus auxquels le consultant contribue | Qualifications requises | Nombre de jours |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Entrer le nom, indiquer si Consultant Principal | Sélectionner | Résultats | Qualifications | Nombre |

CONSEIL : Pour ajouter des lignes dans l'un des tableaux, veuillez cliquer sur le signe + qui apparaît sur le côté droit de la ligne.

## 9. RESUME BUDGETAIRE [A remplir par OPM]

Le FAT ne couvre que les coûts directement liés aux consultants qu'il fournit, leurs déplacements et hébergement. Veuillez également passer en revue les dernières orientations budgétaires d’OPM fournies pour la fourniture d'AT dans le cadre de COVID-19.

| Poste budgétaire | Coût Unitaire (USD) | Quantité | Montant total (USD) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Consultant:** Entrer le nom, indiquer si Consultant Principal | | | |
| Frais de consultation | Indiquez le coût unitaire | Quantité | Total |
| Indemnité journalière de subsistance (pour les jours passés dans le pays) | Indiquez le coût unitaire | Quantité | Total |
| Billet d’avion (International) | Indiquez le coût unitaire | Quantité | Total |
| Autres | Indiquez le coût unitaire | Quantité | Total |
| TOTAL |  |  |  |

## 10. PARTAGE DES COÛTS [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

10.1 Indiquez tous les coûts éligibles du FAT qui seront couverts par d'autres sources :

| Poste budgétaire | Montant (USD) | Source |
| --- | --- | --- |
| Entrer le poste budgétaire | Montant | Source |

*Le FAT ne couvre PAS les autres frais éventuels de mission (par exemple, les indemnités d'atelier, les repas ou la location de locaux, la papeterie, les services de traduction et d'édition, l'élaboration de matériel de communication, le téléphone, les voyages d'étude ou les visites d'échange).*

10.2 Précisez les autres coûts liés à cette mission et qui les prendra en charge.

| Autres coûts non couverts par le FAT | Montant (USD) | Source |
| --- | --- | --- |
| Entrer la désignation du coût | Montant | Source |

## 11. CALENDRIER DE PAIEMENT [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

| Résultat / Livrable | Pourcentage (%) du paiement global dû |
| --- | --- |
| Etape 1 – A la signature du contrat | Max. 25% |
| Etape 2 - | Entrer % |
| Etape 3 – Approbation du produit final | Min. 25% |
| Total | 100% |

|  |  |
| --- | --- |
| 11.1 Pour les missions impliquant plusieurs consultants, indiquez si les calendriers de paiement individuels peuvent différer :  (Si vous répondez oui, le Directeur Pays/ point focal Bureau Pays de ONUSIDA sera consulté par OPM lors de la préparation des contrats du consultant). | Oui/Non |

## 12. ÉVALUATION TECHNIQUE & ASSURANCE QUALITÉ (maximum ½ page) [A remplir d'abord par le Point Focal de l’EAR et/ou le Point Focal Thématique, Mission, ou Pays de l’EAR (en fonction de la répartition des rôles par région) ensuite par le Responsable Thématique Mondial]

Le FAT applique une évaluation technique solide à toutes les missions d'assistance technique afin d'optimiser leur conception et d'identifier les mesures d'assurance qualité qui contribueront le mieux aux résultats potentiels.

12.1 Fournir une évaluation de la mission proposée par rapport aux bonnes pratiques thématiques établies et aux mesures d'optimisation des ressources. Veuillez noter tout facteur lié à la mission qui nécessite des mesures d'assurance qualité.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

|  |  |
| --- | --- |
| 12.2 Indiquez le niveau d'engagement requis de la part du point focal technique d’OPM : | Touche légère (AQ du FAT, projets et produits finaux ; formulaires de changement effectués et fonctions de suivi et d'évaluation)  Engagement Global (Tout ce qui précède plus le soutien technique continu du consultant et de l'équipe de mission élargie) |
| 12.3 Un examen externe par les pairs d’OPM est-il nécessaire pour cette mission ? | Oui/Non |

12.3.1 Si un examen externe par les pairs de l'OPM est nécessaire, indiquez à quel stade de la mission et dans quel but :

(Veuillez noter que les missions de plus de 50 000 USD et/ou portant sur plusieurs thèmes nécessitent un examen externe par des pairs)

Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte.

12.4 Indiquer et fournir des détails sur toute autre mesure d'assurance qualité non couverte ci-dessus :

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

## 13. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE CLÉS OU RESSOURCES [*A remplir par le Responsable Thématique Mondial*]

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

# SECTION C: Proposition de plan de travail, de calendrier et de gestion des risques

## 1. PLAN DE TRAVAIL ET CALENDRIER PROPOSÉS [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

Inclure les processus dans le pays et les déplacements nécessaires à la mise en œuvre de la mission afin de fournir un soutien logistique en temps utile en cas de déplacement interne à organiser

| Résultats/Activités | | Date limite de soumission des résultats / Date de début et de fin de l'activité | Nombre de jours par consultant par résultat |
| --- | --- | --- | --- |
| Résultat 1: | Entrez le résultat/l’activité. | Entrer la/les date(s) au format jj MMM aaaa | Entrer le nombre de jours |
| Activité 1.1: | Entrez le résultat/l’activité. | Entrer la/les date(s) au format jj MMM aaaa | Entrer le nombre de jours |

CONSEIL : Pour ajouter des lignes dans l'un des tableaux, veuillez cliquer sur le signe + qui apparaît sur le côté droit de la ligne.

## 2. ÉVALUATION ET ATTENUATION DES RISQUES [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO, le Point Focal Thématique, Mission, ou Pays de l’EAR, and le Responsable Thématique Mondial]

### a. Risques Externes

| Type de Risques | Impact Potentiel | Probabilité | Régime de surveillance | Mesure d'atténuation potentielle |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Par exemple, opposition politique à la mission | Réduction de l'influence de l'intervention et affaiblissement des partenariats établis | Probabilité d'un changement de position du ministère de la santé | Engagement et dialogue réguliers avec les acteurs politiques | Identification des approches alternatives |

### b. Risques Internes

| Type de Risques | Impact Potentiel | Probabilité | Régime de surveillance | Mesure d'atténuation potentielle |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Par exemple, le plan de travail est irréaliste | Retards dans la mise en œuvre et dépassement budgétaire | Peu probable car la mission a fait l'objet d'un examen approfondi | Suivi étroit de la mise en œuvre | Mesures de réduction des coûts au cours de la première phase de la mise en œuvre |

# SECTION D: DEMANDE D'ASSISTANCE TECHNIQUE DU CLIENT AU BUREAU PAYS DE ONUSIDA (ANNEXE 1)

## [A remplir par l’UCD ou Point Focal du UCO]

Veuillez joindre en format PDF identifié comme ‹‹ Annexe 1 ›› la demande par courriel, la lettre de demande, la note pour le compte-rendu des réunions où il a été demandé à l’ONUSIDA de fournir un appui technique, ou toute autre forme de demande.

Veuillez fournir des détails concernant l'identité (poste, fonction, etc.) du ou des demandeurs pour appuyer la demande.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

# SECTION E: DOSSIER DE SÉLECTION DES CONSULTANTS (ANNEXE 2)

Pour les demandes de FAT, l'équipe du DAT doit fournir aux Bureaux Pays et aux responsables thématiques d’ONUSIDA une liste de consultants potentiels et appropriés.

Les bureaux de pays, les équipes d'appui régionales et les partenaires peuvent également proposer des candidats à prendre en considération. OPM examinera les consultants proposés et procédera à une présélection de la même manière que les autres candidats. Pour la région AOC, le DAT utilisera notamment la liste des consultants ayant participé à la formation de Novembre 2019.

**Au moins trois(3)** consultants potentiels doivent être examinés dans le cadre du processus de sélection pour chaque poste de consultant.

Le Directeur Pays de l’ONUSIDA est chargé de sélectionner le(s) consultant(s) en collaboration avec le pays client et de soumettre **un dossier de sélection de consultant dûment rempli (annexe 2) et pour chaque poste de consultant, un tableau de « Poste de consultant à pourvoir ».**

# ANNEX 2: DOSSIER DE SÉLECTION DES CONSULTANTS

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre de la mission :** | Entrer un titre |

|  |  |
| --- | --- |
| **Poste de consultant à pourvoir :** | Entrer le numéro du poste |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du Candidat | Source (DAT/ UCO/ autre) | Adéquation (1-meilleur; 5-plus faible) | Principaux points forts ou limites qui ont affecté le classement |
| Entrer un nom | Spécifier | Spécifier | Noter brièvement les principaux points forts et les limites ici. |
| Entrer un nom | Spécifier | Spécifier | Noter brièvement les principaux points forts et les limites ici. |
| Entrer un nom | Spécifier | Spécifier | Noter brièvement les principaux points forts et les limites ici. |

**Nom du consultant sélectionné :** Entrer le nom du consultant sélectionné.

**Le consultant a-t-il déjà effectué une mission du DAT?** Oui/Non

**Base de la Décision de Sélection :**

Il est obligatoire de fournir un résumé des délibérations qui ont conduit à la sélection du consultant.

Cliquer ou taper ici pour entrer le texte.

## Membres du panel de sélection (3 signatures requises)

Il est obligatoire d'avoir la signature du président ou du secrétaire exécutif de l’ICN ou du bénéficiaire de l'AT, d'un représentant du Bureau Pays ONUSIDA et d'un partenaire national (gouvernemental ou communautaire) ou international.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Déclaration de conflit d'intérêts**  Je déclare avoir participé activement à la sélection du consultant susmentionné sans préjudice et sans conflit d'intérêts réel ou apparent connu, y compris, mais sans s'y limiter, un intérêt financier direct ou indirect, une relation personnelle ou un intérêt concurrent directement ou indirectement lié à la mission, ou un intérêt professionnel ou une conviction personnelle susceptible d'influencer la sélection du consultant. | | |
| Président de l’ICN OU Secrétaire Exécutif OU Bénéficiaire de l’AT | Représentant du Bureau Pays de l’ONUSIDA  (ou suppléant) | Partenaire National (Gouvernemental)  Partenaire National (Société Civile)  Partenaire International  Nom de l’organisation |
| Signature: | Signature: | Signature: |
| Nom | Nom | Nom |
| Poste | Poste | Poste |
| Date: jj mmm aaaa | Date: jj mmm aaaa | Date: jj mmm aaaa |