TB REACH Wave 11

Apporter des approches innovantes de lutte contre la tuberculose

et de promotion de la santé respiratoire à ceux qui en ont besoin

Proposition Phase 1

Date limite de remise des propositions : 17 janvier 2024 à 17 h, heure de Genève

Les candidatures DOIVENT IMPÉRATIVEMENT être adressées via le site Web de candidature Wave 11.   
**Les propositions adressées par courriel en format Word/PDF ne seront PAS acceptées ou examinées.**

|  |
| --- |
| TB REACH encourage vivement les demandeurs à lire et à suivre le guide de langage du Partenariat Halte à la tuberculose - [Unis pour mettre fin à la tuberculose : chaque mot compte](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/LanguageGuide_ForWeb20131110.pdf). Les termes choisis pour parler de la tuberculose pourront avoir un impact sur la stigmatisation, les croyances et les comportements, et pourront également déterminer si une personne se sent à l’aise pour passer un test de dépistage et être soignée.  Un langage non discriminatoire, responsable et axé sur l’être humain doit être utilisé tout au long de votre proposition pour TB REACH Wave 11. |

[Contactez-nous](mailto:TBREACH@stoptb.org)

|  |
| --- |
| Connectez-vous pour accéder à votre candidature et la mettre à jour  Nom d’utilisateur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mot de passe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

L’initiative TB REACH du Partenariat Halte à la tuberculose est soutenue généreusement par le gouvernement du Canada depuis sa création en 2010. Depuis lors, TB REACH a bénéficié d’un financement supplémentaire de l’Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), du Foreign Commonwealth Development Office (FCDO) du Royaume-Uni, d’Unitaid et de la Fondation Bill et Melinda Gates.

*Le financement de cet appel à propositions a été fourni par Affaires mondiales Canada.*

NOTE À L’ATTENTION DES DEMANDEURS :

Veuillez lire tous les documents connexes de Wave 11 avant de remplir le présent formulaire de candidature. Les candidatures à Wave 11 doivent satisfaire aux critères suivants :

1. Ces propositions doivent inclure :
   1. Des approches innovantes pour intégrer la prestation des services de lutte contre la tuberculose et des services de santé respiratoires aux niveaux des soins primaires et communautaires.
   2. Interventions prenant en compte les sexospécificités pour les personnes atteintes ou affectées par la tuberculose.
   3. Interventions qui visent la pérennité au-delà du cycle de vie de la subvention.

*Pour plus d’informations sur les domaines d’intervention, veuillez consulter les informations techniques suivantes de Wave 11*

1. Les demandeurs doivent être des organisations non gouvernementales à but non lucratif, dont la présence et la fourniture de services dans le pays de candidature sont démontrées. Une préférence sera accordée aux organisations locales. Les organisations gouvernementales peuvent être incluses comme sous-bénéficiaires sur les demandes de subvention.
2. Les pays éligibles à la mise en œuvre du projet doivent satisfaire à l’un des critères suivants :

* Être classé(s) comme un pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire inférieur par la Banque mondiale ;
* Avoir une estimation de taux d’incidence national de la tuberculose > 100 pour 100 000 habitants
* Être inclus dans la liste des pays à forte prévalence de tuberculose, de tuberculose/VIH et/ou tuberculose multirésistante (TB-MR).

*Pour plus d’informations sur l’admissibilité, veuillez consulter la* note de synthèse de Wave 11

Numéro d’identification de la candidature

# Section 1 - Modalités de candidature

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1 Conditions générales**  Le Partenariat Halte à la tuberculose est hébergé par le Bureau des Nations Unies pour les services d’appui aux projets (UNOPS). Tous les appels à propositions et demandes de subvention de TB REACH doivent respecter les politiques régissant les subventions de l’UNOPS ainsi que les règles et règlements relatives aux marchés publics.  Veuillez lire chacun des énoncés ci-dessous et confirmer que vous acceptez les conditions pour demander et recevoir des fonds. | J’accepte les présentes modalités |
| Conformément à la politique de l’UNOPS, aucun fonds ne sera versé à titre de profit ou d’honoraires à un bénéficiaire en vertu du présent accord. Cette restriction ne s’applique pas aux relations contractuelles conclues par le bénéficiaire en vertu du présent accord. | [ ] |
| Les entités à but lucratif ne peuvent pas recevoir de subventions ou de fonds directement de TB REACH, elles doivent s’associer à une entité à but non lucratif au minimum. Le bénéficiaire principal doit être une entité à but non lucratif. | [ ] |
| Les bénéficiaires doivent utiliser un compte bancaire séparé pour recevoir et gérer les fonds TB REACH afin de faciliter les rapports financiers et les audits. | [ ] |
| Le nom du bénéficiaire du compte bancaire qui reçoit les fonds TB REACH doit être exactement le même que le nom légal du demandeur principal qui apparaîtra dans l’accord de subvention. *Voir les exemples dans la Section 2* | [ ] |
| Toutes les subventions de TB REACH sont accordées et versées en dollars américains (USD), car tous les rapports financiers doivent être réalisés en USD. Les bénéficiaires sont fortement encouragés à recevoir les fonds sur des comptes bancaires libellés en USD lorsque cela est possible.  Les règles et procédures de conversion des devises étrangères en USD seront partagées après la sélection de nouvelles subventions. | [ ] |
| Les candidatures incomplètes - et celles soumises par des pays non éligibles - seront exclues du processus d’examen des candidatures et ne seront pas prises en compte pour un éventuel financement. | [ ] |
| Lire et accepter les conditions générales de l’UNOPS pour les Accords d’octroi de subvention | [ ] |

# Section 2 - Informations relatives au demandeur

|  |
| --- |
| 2.1 Nom légal du demandeur principal  Entrez le nom de l’organisation qui signera un accord de subvention avec le Partenariat Halte à la tuberculose/UNOPS.\*Le nom entré dans ce champ sera utilisé dans l’accord de subvention et doit être *identique* à celui qui apparaît sur le compte bancaire où les fonds TB REACH seront versés.  Voir l’exemple ci-dessous pour la saisie du nom légal et du nom d’usage.  \*Si la subvention est accordée, le demandeur principal sera le bénéficiaire principal (BP) de la subvention et doit être en mesure de recevoir l’intégralité de la subvention directement de TB REACH du Partenariat Halte à la tuberculose/UNOPS, et de mettre directement en œuvre plus de 50 % des fonds. Si votre organisation n’est pas l’exécutant principal de la subvention, vous devriez envisager d’être partenaire ou sous-bénéficiaire (SB) du projet. |
|  |

|  |
| --- |
| **2.2 Nom d’usage/non officiel du demandeur principal**  S’il existe un nom d’usage (informel/non officiel) de l’organisation, veuillez l’indiquer ici. Dans le cas contraire, veuillez laisser ce champ vide.  Voir l’exemple ci-dessous pour la saisie du nom légal et du nom d’usage. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Exemple : Noms légaux et noms d’usage/non officiels des demandeurs/bénéficiaires | | |
| Exemple 1 | Nom légal : | Personnes dédiées à l’élimination de la tuberculose (français) |
| Nom d’usage : | People dedicated to eliminating TB (anglais) |
| Exemple 2 | Nom légal : | Stichting Foundation for Ending TB In Our Lifetimes  - ou -  Foundation for Ending TB In Our Lifetimes e.V. |
| Nom d’usage : | Foundation for Ending TB In Our Lifetimes (FETIOL) |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.3 Type d’organisation du demandeur principal.**  Veuillez sélectionner une des propositions ci-dessous. | |
| [ ] ONG nationale/locale  [ ] Université nationale/locale | [ ] ONG internationale  [ ] Université internationale  [ ] Agence des Nations Unies/Agence internationale  [  ] Autre :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.4 Certificat d’enregistrement du demandeur principal  Les demandeurs principaux doivent soumettre leur certificat d’enregistrement sur la page d’accueil  Les fichiers téléchargés doivent respecter la convention de nomenclature suivante : **Identifiant de candidature#\_Enregistrement**  Si vous n’êtes pas en mesure de fournir un ou plusieurs des documents justificatifs requis, veuillez expliquer pourquoi. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.5a Le demandeur principal a-t-il déjà sollicité une subvention de TB REACH par le passé ? | | | | | |
| [ ] Oui | [ ] Non | [ ] Ne sait pas/Ne se prononce pas | | |  |
| 2.5b Si oui, le demandeur principal a-t-il déjà bénéficié d’un financement TB REACH par le passé ? | | | | | |
| [ ] Oui | [ ] Non | [ ] Ne sait pas/Ne se prononce pas | | |  |
| 2.5c Si oui, pour quelle(s) Wave(s) ? | | | | | |
| [ ] Wave 1 | [ ] Wave 2 | | [ ] Wave 3 | [ ] Wave 4 [ ] Wave 5 | |
| [ ] Wave 6 | [ ] Wave 7 | | [ ] Wave 8 | [ ] Wave 9 [ ] Wave 10 | |
| 2.6a. Bénéficiez-vous actuellement d’un financement supplémentaire par d’autres subventions STP ? | | | | | |
| [ ] Oui | [ ] Non | [ ] Ne sait pas/Ne se prononce pas | | |  |
| 2.6b Si oui à 2.6a, veuillez préciser le nom de la subvention | | | | | |
|  | | | | |  |

|  |
| --- |
| 2.7a Le demandeur principal est-il actuellement bénéficiaire du Fonds mondial ? |
| [ ] Oui [ ] Non |
| 2.6b Si oui, veuillez décrire le type de financement |
| [ ] Fonds mondial BP [ ] Fonds mondial SB [ ] Autre, *veuillez décrire* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.8a Le demandeur principal a-t-il déjà, par le passé, effectué un processus d’évaluation des capacités/de vérification préalable conduit par les donateurs ou par l’ONU ? |
| [ ] Oui [ ] Non |
| 2.8b Si oui, veuillez préciser quand et le nom de l’entité qui a effectué le processus d’évaluation des capacités/de vérification préalable. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.7 Partenaires supplémentaires  Énumérez tous les autres partenaires de projet ci-dessous. Les partenaires peuvent inclure toute organisation qui aidera à l’élaboration et à la mise en œuvre de la proposition. Les partenaires peuvent être des Sous-bénéficiaires (SB) de la subvention, mais ils ne recevront PAS de fonds directement de TB REACH et ne signeront PAS d’accord juridique avec le Partenariat Halte à la tuberculose. Les SB ne sont PAS tenus de soumettre un certificat d’enregistrement ou un rapport d’audit financier. Le Bénéficiaire principal (BP) sera responsable des rapports financiers émanant du SB. Au total, le budget de tout partenaire de projet international ou du secteur public, si inclus, doit être < 50 % du budget total (voir instructions relatives au budget pour plus de détails).  Nous encourageons les demandeurs à impliquer les organisations gouvernementales, y compris les programmes nationaux/provinciaux/étatiques et/ou locaux de lutte contre la tuberculose, en tant que sous-bénéficiaire (SB), le cas échéant.  S’il n’y a pas de partenaires supplémentaires, veuillez laisser ce champ vide. | | | | | |
| Organisation | URL du site Web de l’organisation | International ou local | Coordonnées | Bénéficiaire du Fonds mondial ? (O/N) | Dotation budgétaire provisoire (USD) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.8 Coordonnées du demandeur | Contact 1 | Contact 2 |
| Prénom |  |  |
| Nom de famille |  |  |
| Organisation |  |  |
| Sexe | [ ] Homme [ ]Femme [ ] Autre  [ ] Ne se prononce pas | [ ] Homme [ ]Femme [ ] Autre  [ ] Ne se prononce pas |
| Fonction au sein de l’organisation |  |  |
| Rôle au sein de la proposition |  |  |
| Pays de résidence |  |  |
| E-mail (Cet e-mail sera utilisé pour les communications officielles, veuillez vous assurer qu’il fonctionne) |  |  |
| Numéro de téléphone avec l’indicatif du pays |  |  |

# Section 3 - Résumé de la proposition

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1 Titre du projet  256 caractères maximum (espaces compris) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.2 Pays de travail proposé(s) |  |

|  |
| --- |
| 3.3 Bref résumé  Décrivez votre projet en 1 à 2 phrases. Si votre proposition est financée, cette description sera publiée sur www.stoptb.org.  400 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

|  |
| --- |
| 3.4 Modèle de prestation de services intégrés (PSI)  3.4a **Site(s) pour la PSI**  Sélectionnez le ou les sites/lieux où les activités de PSI seront menées.  Vous pouvez sélectionner plusieurs réponses. *Pour les établissements secondaires ou tertiaires, veuillez préciser le type de service d’orientation, p. ex. les tests de diagnostique, l’orientation vers les médecins thoraciques, les services de laboratoire de référence* |
| **A. Communauté**  [ ] Établissement de santé de proximité, p. ex. avant-poste  [ ] Activité/événement de sensibilisation  [ ] Établissements informels dispensant des soins, veuillez préciser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B. Établissements de soins de santé primaires  [ ] Établissement de santé primaire public/gouvernemental  [ ] Établissement de santé primaire privé, *veuillez préciser le type\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Établissements non basés sur des établissements dispensant des soins primaires, *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **C.** [ ] **Établissement d’orientation secondaire**, *veuillez préciser le type de services\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **D.** [ ] **Établissement tertiaire**, *veuillez préciser le type de services\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **E.** [ ] Autre, *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.4b Maladies respiratoires ou problèmes de santé pour les interventions de PSI  Sélectionnez les troubles/services de santé que vous proposez d’intégrer à la tuberculose.  Pour les services de santé non répertoriés ci-dessous, veuillez sélectionner « autre » et décrire le service en question.  *Vous pouvez sélectionner plusieurs réponses.*  \**Veuillez noter que nous ne considérerons pas le VIH et le diabète comme des facteurs de risque/troubles éligibles pour cet appel à propositions (voir le Dossier technique)*  Une fois que vous avez rempli cette section, vous devez cliquer sur le bouton « Enregistrer » et un nouvel ensemble de tableaux à remplir apparaîtra ci-dessous |
| A. **Infections des voies respiratoires inférieures (IVRI), indiquez laquelle(s)**  [ ] Pneumonie [ ] Bronchite [ ] Bronchiolite  [ ] Autres IVRI, veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B. **Maladies respiratoires chroniques (MRC), indiquez laquelle(s)**  [ ] Asthme [ ] Maladie pulmonaire obstructive chronique [ ] Maladie pulmonaire post-tuberculose  [ ] Pneumoconiose, *veuillez préciser* la cause de la maladie, p. ex. silicose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] Autres MRC, veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] **Cancer du poumon, confirmé ou suspecté**  C. **Remédier aux facteurs de risque inhalés de la tuberculose et des maladies pulmonaires chroniques.**  [ ] Tabagisme [ ] Pollution de l’air intérieur  [ ] Autres formes de pollution de l’air, *veuillez préciser* la cause\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  D. **Remédier aux facteurs de risque systémiques de la tuberculose et des maladies pulmonaires chroniques.**  [ ] Malnutrition  [ ] Maladies mentales  [ ] Autres facteurs de risque et troubles, *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  E. Résistance aux antimicrobiens  [ ] Lié à un diagnostic erroné  [ ] Lié à une utilisation inappropriée d’antibiotiques  [ ] Lié à la surveillance  [ ] Autres interventions contre l’AMR, *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    F. **Autres troubles/maladies/programmes,** *veuillez préciser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.5 Définir l’ensemble des soins par catégorie de maladie.  Sélectionnez le ou les composants d’intervention de votre intervention pour chaque catégorie de maladie sélectionnée dans la section 3.4b ci-dessus.  Toutes les propositions doivent indiquer l’ensemble des services de lutte contre la tuberculose  *Vous pouvez sélectionner plusieurs réponses.* |
| 1. Tuberculose   [ ] Dépistage de la tuberculose  [ ] Diagnostic de la tuberculose contagieuse  [ ] Diagnostic d’une infection tuberculeuse latente  [ ] Traitement de l’infection tuberculeuse latente  [ ] Traitement de la tuberculose infectieuse  [ ] Prise en charge syndromique des autres maladies respiratoires  [ ] Autre, *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*   1. **Interventions en santé respiratoire**   [ ] Dépistage  [ ] Diagnostic (préliminaire ou définitif), *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Traitement, *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Approches préventives, *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Promotion de la santé respiratoire, p. ex. le sevrage tabagique, la vaccination  [ ] Réadaptation respiratoire, *veuillez spécifier\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Autre, *veuillez préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.6 Résumé  Faites un bref résumé de la proposition. Indiquez la raison justifiant votre proposition, une description de votre intervention et, en fonction du domaine d’intervention de votre projet, décrivez la contribution potentielle de votre projet à l’amélioration de la détection et du traitement de la tuberculose et d’autres maladies respiratoires.  2 000 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

# Section 4 - Description de la proposition

|  |
| --- |
| 4.0 Contexte et énoncé du problème  Dans cette section, pensez à inclure les informations suivantes sur votre projet :   1. Les caractéristiques géographiques et démographiques du lieu où le projet proposé sera mis en œuvre, et de la population spécifique que vous ciblez pour votre intervention ; 2. L’épidémiologie de la tuberculose, y compris nombre de personnes chez qui la tuberculose a été diagnostiquée, en cours de traitement et traitées avec succès dans le domaine du projet que vous proposez ; 3. L’épidémiologie ou les informations contextuelles pour le ou les autres maladies pulmonaires/services de santé respiratoire qui seront intégrés aux services de lutte contre la tuberculose ; 4. Les lignes directrices ou politiques existantes, p. ex. l’Approche pratique de la santé respiratoire (APSR) dans le pays et l’étendue de leur mise en œuvre aux niveaux national et régional 5. Exemples existants de *PSI* pour la lutte contre la tuberculose et pour la promotion de la santé respiratoire dans la région où vous travaillerez, en particulier au niveau des soins primaires et de proximité. 6. La raison justifiant l’intégration des services. 7. Les obstacles et les difficultés que l’intégration des services permettra de surmonter pour les personnes nécessitant des soins, en particulier au niveau des soins primaires. 8. Les avantages potentiels de l’intégration des services.   4 000 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.1 Modèle PSI  Décrivez le modèle (approche) que vous proposez pour l’intégration des services. Pensez à inclure les éléments suivants dans votre réponse.   * 1. Les partenaires avec lesquels vous travaillerez pour mettre en œuvre le projet.   2. Les sites/lieux de PSI et la manière dont ils sont liés à la structure organisationnelle des services de santé existants. Préciser si les sites d’intervention sont des établissements publics, privés ou communautaires.   3. Décrire le parcours proposé aux patients pour accéder aux services de lutte contre la tuberculose et les autres maladies respiratoires non tuberculeuses.   4. Quel niveau d’intégration sera assuré au sein des différents services de santé : dépistage et orientation des patients, regroupement du dépistage et/ou regroupement du traitement ou de l’appui au traitement ?   4 000 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.2 But, interventions et activités  Dans cette section, pour renseigner la proposition, décrivez le but global de votre projet et comment vous proposez de répondre aux problèmes/besoins identifiés. *Les demandeurs sont invités à prendre en compte les* ***cinq piliers des soins de santé primaires*** *(SSP), à savoir : Premier contact, Services globaux, PSI coordonnée, Continuité des soins et Système centré sur la personne.*  Pensez à inclure les éléments suivants :   1. Le ou les buts et objectifs généraux du projet pour les services de santé intégrés, 2. Le ou les interventions/activités proposées pour atteindre vos buts et objectifs.    1. Qui effectuera les interventions ?    2. Quel nombre et quels types d’établissements et de prestataires prévoyez-vous d’impliquer dans le projet ?    3. Comment les établissements/prestataires orienteront-ils les patients ou comment accéderont-ils aux diagnostics et/ou traitements nécessaires pour lutter contre la tuberculose et aux autres services de santé intégrés du projet ?    4. Comment le projet améliorera-t-il l’accès au diagnostic de la tuberculose ou au dépistage des autres affections pulmonaires aussi près que possible du point de service ?    5. Comment le projet rendra-t-il compte des données et comment les gérera-t-il à l’échelle de l’établissement, pour l’ensemble du projet, et vers les systèmes nationaux de signalement et déclaration appropriés ?    6. Comment les prestataires de soins de santé seront-ils formés à la prestation de services intégrés ?    7. Comment l’intervention améliorera-t-elle l’*accès* et la *couverture* pour la population cible ?    8. Comment votre intervention entrera-t-elle en contact avec la population cible et fournira-t-elle des services de *qualité* qui soient *sûrs et axés sur la personne* ?    9. Combien de personnes (cibles) pensez-vous toucher via vos services ? Combien de personnes concernées par la tuberculose prévoyez-vous d’identifier et de traiter ? Combien de personnes pensez-vous identifier comme ayant l’autre maladie « non tuberculeuse » avec laquelle l’intégration est réalisée ?    10. Parvenez-vous à toucher les populations clés à travers vos interventions ? Veuillez donner plus de détails.   5 000 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.3a En quoi l’intervention que vous proposez est-elle innovante ?  Décrivez en quoi votre projet est innovant.  Décrivez toute nouvelle approche ou méthode de travail intégrée à votre projet, notamment la réorganisation des parcours des patients, les parcours de diagnostic, la réorganisation du personnel, l’utilisation de nouveaux outils au niveau des soins primaires ou l’intégration d’outils de diagnostic nouveaux/récents, etc.  Cette approche (ou une approche similaire) a-t-elle déjà été mise en œuvre dans votre pays par le passé ? Comment votre projet contribuera-t-il à enrichir les enseignements tirés pour les programmes de lutte contre la tuberculose ? D’autres donateurs ont-ils financé cette approche dans votre pays (ou dans d’autres pays) par le passé ? *2 000 caractères maximum (espaces compris)* |
|  |
| **4.3b**. Quels sont les cinq mots/expressions clés représentant le mieux les innovations incluses dans votre intervention ?  Ces innovations font référence à de nouveaux outils, une méthode/approche, une nouvelle façon de travailler avec les populations clés ou autre.  100 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.4 Expérience des organisations en matière de PSI ?  Avez-vous (ou d’autres personnes) mis en œuvre des interventions PSI liées à lutte contre la tuberculose dans le passé (**à l’exception des interventions** **tuberculose/VIH et tuberculose/diabète)** ? Veuillez décrire cette intervention. Décrivez toutes les possibilités d’étendre les interventions existantes pour maximiser l’impact des domaines d’intervention de Wave 11 – lutte contre la tuberculose et promotion de la santé respiratoire ?  *2 000 caractères maximum (espaces compris)* |
|  |

|  |
| --- |
| 4.5 Interventions prenant en compte les sexospécificités dans la lutte contre la tuberculose  Dans cette section, décrivez brièvement l’interaction entre les sexospécificités et la tuberculose et comment vous proposez de surmonter ces défis. Prenez en compte les points suivants :   1. Comment les rôles de genre et les normes culturelles locales interagissent avec le fardeau épidémiologique de la tuberculose et/ou les facteurs de risque de tuberculose dans votre zone d’intervention. 2. Comment les normes de genre influencent l’accès aux services de lutte contre la tuberculose, les résultats du traitement ou les conséquences sociales et économiques néfastes, p. ex. la stigmatisation, la perte de revenus ? 3. Existe-t-il des groupes spécifiques qui sont plus à risque en raison d’autres facteurs croisés tels que l’âge, l’origine ethnique, la profession, etc. ? 4. Décrivez brièvement comment les interventions remédieront aux obstacles et aux problèmes identifiés pour améliorer l’accès aux soins antituberculeux.   *2 000 caractères maximum (espaces compris)* |
|  |

|  |
| --- |
| 4.6 Renforcement des systèmes de santé  Veuillez décrire comment votre projet contribuera au développement et maintien de systèmes de santé efficaces, efficients et résilients en fonction du contexte dans lequel vous mettez en œuvre votre projet.  2 000 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

# Section 5 - Capacité organisationnelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.1.a Évaluation des capacités  L’évaluation des capacités des partenaires exécutants (« bénéficiaires ») est devenue un facteur important dans le processus de sélection des organisations du système des Nations Unies et le Corps commun d’inspection a demandé à l’UNOPS de s’aligner sur ces principes directeurs.  Le questionnaire d’évaluation des capacités ci-dessous vise à donner à TB REACH une vue d’ensemble des capacités organisationnelles du demandeur pour évaluer les besoins et déterminer les activités de soutien potentielles Les résultats de l’évaluation N’ÉCARTERONT AUCUN demandeur du processus de sélection et NE FONT PAS PARTIE des critères de sélection. Les demandeurs ne seront pas non plus tenus de soumettre des pièces justificatives mais sont néanmoins invités à fournir des réponses justes et honnêtes.  Le questionnaire d’auto-évaluation se compose de deux sections : une section sur le niveau organisationnel du demandeur et une autre section plus spécifique sur la protection contre l’exploitation et les abus sexuels. | | |
| Votre organisation a-t-elle fait l’objet d’une évaluation de ses capacités conduite par les donateurs ou les Nations Unies au cours des 5 dernières années ? (p. ex. évaluation des capacités organisationnelles de l’USAID, etc.) | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours | |
| Votre organisation fait-elle ou a-t-elle fait l’objet d’une ou plusieurs poursuites judiciaires en cours ou dans le passé ? | | [ ] Jamais  [ ] Non, mais elle a fait l’objet d’une ou plusieurs poursuites judiciaires dans le passé  Si oui : veuillez fournir des informations et précisions supplémentaires  [ ] Oui, l’entité fait actuellement l’objet d’une poursuite judiciaire.  Si oui :, veuillez fournir des informations et précisions supplémentaires. |
| Votre organisation dispose-t-elle d’une politique de gestion financière et/ou de directives financières ? | | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours |
| Votre organisation dispose-t-elle d’un système comptable qui permet d’enregistrer et de déclarer correctement les transactions financières avec les donateurs, y compris l’allocation des dépenses en fonction des composantes, catégories de décaissement et sources de fonds respectives ? | | [ ] Yes  Si oui, veuillez indiquer le nom du logiciel ERP/de comptabilité.  [ ] Non [ ] En cours |
| Comment votre organisation s’assure-t-elle qu’elle ne participe ni ne bénéficie d’aucune forme de travail forcé/ obligatoire ou de travail des enfants ? | | [ ] L’entité s’est dotée d’une politique forte contre le travail forcé/obligatoire et le travail des enfants, qui est intégrée dans ses processus d’approvisionnement, transmise à ses sous-partenaires exécutants (sous-PE) et bien communiquée à l’ensemble du personnel.  [ ] L’entité a une politique formelle contre le travail forcé/obligatoire et le travail des enfants, mais la politique n’est pas bien communiquée au personnel, aux fournisseurs ou aux sous-PE de l’entité.  [ ] L’entité n’a pas de politique formelle contre le travail forcé/obligatoire et le travail des enfants. Elle a des procédures informelles, qui ne sont pas exhaustives. |
| Si votre organisation a l’intention de s’associer à des sous-bénéficiaires, comment les sélectionnez-vous ? | | [ ] Oui, l’entité dispose d’une méthodologie définie et d’un processus concurrentiel pour sélectionner les sous-bénéficiaires.  [ ] Oui, l’entité dispose d’un processus concurrentiel pour sélectionner les sous-bénéficiaires, mais il n’est pas formalisé et il existe des exceptions au processus.  [ ] Non, l’entité n’a pas de méthodologie définie. |
| Si votre organisation a l’intention de s’associer à des sous-bénéficiaires, les sous-bénéficiaires sont-ils légalement enregistrés ? | | [ ] L’entité a un accord en cours avec un ou plusieurs sous-bénéficiaires et le ou les sous-bénéficiaires sont légalement enregistrés dans le pays où le programme fonctionne.  [ ] L’entité a un accord en cours avec un ou plusieurs sous-bénéficiaires et le ou les sous-bénéficiaires n’ont pas de personnalité juridique mais plutôt des représentants désignés.  [ ] Autres, veuillez préciser |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.1.b Évaluation de la capacité de protection contre l’exploitation et les abus sexuels  L’évaluation des capacités de protection contre l’exploitation et les abus sexuels (PEAS) n’a aucun effet juridique et servira d’outil de référence dans le cadre de la réponse du système des Nations Unies dans son ensemble à l’exploitation et aux abus sexuels (EAS) lors de la collaboration avec les partenaires de mise en œuvre. | |
| Votre organisation dispose-t-elle d’un document de politique sur la PEAS ? | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours |
| Les contrats et accords de partenariat de votre organisation comprennent-ils une clause standard obligeant les sous-traitants à adopter des politiques qui interdisent l’EAS et à prendre des mesures pour prévenir et répondre à l’EAS ? | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours |
| Votre organisation a mis en place une procédure de vérification systématique des candidats à un poste vacant par le biais d’une sélection appropriée. Cela doit inclure, au minimum, une vérification des références en matière d’inconduite sexuelle et une déclaration du candidat au poste vacant lui-même, confirmant qu’il n’a jamais fait l’objet de sanctions (disciplinaires, administratives ou pénales) résultant d’une enquête en matière d’EAS ou qu’il n’a jamais quitté son emploi en attendant les résultats d’une enquête et refusé de coopérer à une telle enquête. | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours |
| Votre organisation organise-t-elle des formations obligatoires (en ligne ou en présentiel) pour tous les employés et le personnel associé (ci-après le « personnel ») sur la PEAS et les procédures pertinentes ? | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours |
| Votre organisation dispose-t-elle de mécanismes et de procédures permettant au personnel, aux bénéficiaires de l’aide et aux communautés, y compris les enfants, de signaler les allégations d’EAS conformes aux normes de base en matière de signalement ? | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours |
| Votre organisation dispose-t-elle d’un système pour orienter les victimes de EAS vers les services de soutien disponibles localement, en fonction de leurs besoins et de leur consentement ? Cela peut inclure une contribution active aux réseaux nationaux de PEAS et/ou aux systèmes de lutte contre la violence sexiste (le cas échéant) et/ou aux voies d’orientation au niveau interinstitutionnel. | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours |
| Votre organisation dispose d’un processus d’enquête sur les allégations d’EAS et peut fournir des preuves. Cela peut inclure un système d’orientation pour les enquêtes là où les capacités n’existent pas en interne. | [ ] Oui [ ]Non [ ] En cours |
| Votre organisation a pris les mesures correctives appropriées en réponse aux allégations d’EAS, le cas échéant. | [ ] Oui [ ]Non [ ] S.O. - aucune allégation dans le passé |

|  |
| --- |
| 5.2 Capacité de mise en œuvre organisationnelle  Décrivez la capacité de votre organisation et de vos partenaires à démarrer rapidement la mise en œuvre desactivités PSI que vous proposez dans le pays et les domaines où vous prévoyez de mettre en œuvre votre projet. Les projets TB REACH devraient initier la mise en œuvre des activités au quatrième trimestre de 2024, peu après le décaissement du financement.  Veuillez décrire l’historique de votre organisation en termes de prestation de services dans le pays de mise en œuvre. Assurez-vous d’inclure le nombre d’années d’activité de l’organisation dans le pays ; les domaines techniques de mise en œuvre auprès du personnel local ; le nombre actuel d’employés nationaux ; les sources de financement actuelles ; et de brèves explications sur la croissance et le développement futurs de l’organisation.  Décrivez comment votre organisation s’associera à d’autres organisations pour mettre en œuvre les activités décrites dans cette proposition. Veuillez décrire la capacité de chaque partenaire à vous aider à réaliser l’intervention proposée.  3 000 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.3 Lettres d’appui du programme provincial/étatique ou national de lutte contre la tuberculose, d’autres programmes pertinents du Ministère de la Santé ou de partenaires techniques ou industriels impliqués dans le projet  Indiquez si vous disposez d’une lettre d’appui du programme provincial/ étatique ou national de lutte contre la tuberculose ou d’autres programmes pertinents du Ministère de la Santé, d’autres secteurs gouvernementaux pertinents ou partenaires. La lettre d’appui doit inclure l’engagement du PNLT à fournir gratuitement un traitement contre la tuberculose à toutes les personnes chez laquelle un diagnostic de tuberculose a été fait, ainsi que des traitements permettant de gérer les effets indésirables des médicaments, et à fournir au bénéficiaire des données sur la déclaration des cas de tuberculose et/ou les résultats de traitement afin de faciliter la mesure d’impact.  En outre, les projets doivent contacter l’autorité compétente (en fonction de la maladie pulmonaire supplémentaire), y compris les partenaires gouvernementaux, non gouvernementaux et industriels. L’autorité gouvernementale compétente (Ministère de la Santé) doit fournir une lettre d’appui au projet, indiquant clairement les rôles et responsabilités dans le projet et la disponibilité d’un financement en nature pour le diagnostic et le traitement des services « non-tuberculose » intégrés dans le projet proposé.  Cela n’est pas obligatoire pour la Phase 1 : en revanche, les demandeurs en Phase 2 seront tenus de soumettre une lettre d’appui fournie par tous les partenaires pertinents. | | | |
| [ ] Oui | [ ] Non |  |  |

|  |
| --- |
| 5.4 Télécharger la lettre d’appui du programme provincial/étatique ou national de lutte contre la tuberculose, d’autres programmes pertinents du Ministère de la Santé et d’autres partenaires de mise en œuvre  Veuillez télécharger les fichiers sur la page d’accueil et respecter la convention de nomenclature suivante :  **N° d’identifiant de candidature\_Appui PNLT**  **N° d’identifiant de candidature\_Appui (Ministère de la Santé/nom du partenaire)** |
|  |

# Section 6 - Budget requis

Veuillez lire les instructions sur le budget avant de remplir cette section.

|  |
| --- |
| **6.1 Rapport d’audit financier du demandeur principal** Les demandeurs principaux sont tenus de fournir leur dernier rapport d’audit financiersur la page d’accueil  Si vous n’êtes pas en mesure de fournir un ou plusieurs des documents justificatifs requis, veuillez expliquer pourquoi.  Téléchargez les fichiers sur la page d’accueil et respectez la convention de nommage suivante : **N° d’identifiant de la candidature\_Audit**  \*Veuillez noter que jusqu’à ce que ce document soit téléchargé, cette section restera incomplète. |
|  |

|  |
| --- |
| 6.2 Revenu audité du demandeur principal en USD  Veuillez saisir le montant de l’actif net pour un an selon votre dernier audit - téléchargé dans le système (dans la devise locale du rapport d’audit).  \*  Veuillez saisir le taux de change à la date de l’audit, utilisé pour convertir en USD (si l’audit est déjà en USD, veuillez saisir 1,0)  Exemple :  Chiffre de l’actif net selon l’audit : 123 456 789 roupies indiennes (INR) Le taux de change de l’USD au 18 mars 2022 était de : 76,06 (1 USD = 76,06 INR) |
| Pays de la devise : Montant de l’actif net :  Taux de change à la date de l’audit, utilisé pour convertir en USD :  **Montant du revenu en USD** (il sera calculé automatiquement lorsque vous cliquerez sur « Enregistrer vos modifications » au bas de la page.) : 0,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.3 Budget et catégories proposés   * La demande de budget total des demandeurs ne peut pas dépasser 5 fois le montant de leur budget annuel, qui doit être clairement indiqué dans le rapport d’audit financier téléchargé. * Le montant maximal du financement que vous pouvez demander est de 550 000 USD. * Notez que le **financement** de TB REACH **ne peut pas** être utilisé pour l’achat de médicaments antituberculeux. | | Budget en USD |
| 1 | Ressources humaines (max 15 % du budget total) |  |
| 2 | Activités directes liées au projet |  |
| 3 | Déplacements liés au projet (inclure la participation aux réunions des bénéficiaires de TB REACH 2023) |  |
| 4 | Fonds retenus à la source pour l’achat de fournitures auprès du GDF |  |
| 5 | Achat d’articles médicaux (achats non-GDF) |  |
| 6 | Achat d’articles non médicaux |  |
| 7 | Informatique, communications et diffusion des résultats |  |
| 8 | Soutien direct au programme (max. 12 % du budget total) |  |
| 9 | Recherche opérationnelle (10 % max. du budget total)\* |  |
| 10 | Suivi et évaluation externes  Cette valeur est définie par TB REACH et retenue à la source | 35 000 |
| Budget total | |  |

|  |
| --- |
| 6.4 Description du budget  Inclure des descriptions et justifications spécifiques pour les catégories budgétaires suivantes énumérées ci-dessus : 1, 2, 3, 4-6 (sous forme de description unique de l’approvisionnement), 7, 8 et 9.  **\*Veuillez noter que les informations relatives à la catégorie budgétaire 9 (Recherche sur la mise en œuvre) doivent être développées dans la candidature en Phase 2**. Les éléments de cette catégorie peuvent inclure la recherche sur la mise en œuvre autonome ou les efforts visant à soutenir d’autres analyses et la diffusion des résultats des activités du projet.  Expliquez les principaux facteurs de coûts dans le budget ci-dessus et comment ces coûts sont liés aux activités prévues et aux résultats attendus.  3 000 caractères maximum (espaces compris) |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6.5 Possibilité d’un cofinancement ?  Existe-t-il un type de cofinancement pour soutenir la mise en œuvre de cette proposition ?  (P. ex. contributions directes d’autres sources, médicaments, dons d’équipement, personnel, etc.)  \* **Tous les projets doivent disposer d’un cofinancement disponible pour tout diagnostic ou traitement des services « non-tuberculose » qui sont intégrés avec la tuberculose dans leurs projets**. | | | |
| [ ] Oui | [ ] Non | [ ] Je ne sais pas |  |
| 6.6a Si oui, décrire le cofinancement disponible pour soutenir la mise en œuvre de cette proposition. Si des documents justificatifs sont disponibles, téléchargez-les sur la page d’accueil  Téléchargez les fichiers sur la page d’accueil et respectez la convention de nomenclature suivante : **N° d’identifiant de la demandeCo-financement**  2 000 caractères maximum (espaces compris) | | | |
|  | | | |
| 6.6b Si oui, veuillez indiquer le montant du cofinancement et le donateur | | | |
|  | | | |

# Section 7 – Liste des abréviations

|  |
| --- |
| 7.0 Abréviations  Veuillez fournir la liste alphabétique et les définitions de toutes les abréviations utilisées dans votre proposition. |
|  |