

REPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité – Travail – Progrès



PROGRAMME DE COOPERATION NIGER – UNICEF (2019-2021)

Termes de référence

**Evaluation formative des approches communau-
taires de survie de l'enfant
(mises en œuvre avec l'appui de l'UNICEF)**

Avril 2021

SOMMAIRE

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU MANDAT	2
2. APERCU DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES DE SURVIE DE L'ENFANT	3
3. BUT ET UTILISATION DE L'EVALUATION	9
2.1. But.....	9
2.2. Utilisation des produits de l'évaluation	9
3. OBJECTIFS DE L'EVALUATION	10
4. PORTEE ET FOCALISATION DE L'EVALUATION	11
4.1. Portée thématique.....	11
4.2. Portée géographique	11
5. CRITERES ET QUESTIONS D'EVALUATION	12
6. RESULTATS/PRODUITS ATTENDUS	13
7. METHODOLOGIE	15
8. GESTION DE L'EVALUATION ET RESPONSABILITES	17
8.1. Le Comité de pilotage qui jouera le rôle du Groupe de Référence	17
8.2. L'UNICEF Niger	17
8.3. Le Bureau Régional.....	17
9. EQUIPE D'EVALUATION, EXPERIENCE ET QUALIFICATION REQUISES	18
9.1. Un consultant principal	18
9.1.1 Principales responsabilités.....	18
9.1.2. Profil du consultant principal	18
9.2. Consultants associés	19
9.2.1. Principales responsabilités.....	19
9.2.2. Profil des consultants associés	19
9.3. Les agents de collecte de données	20
10. SOUMISSION DES OFFRES & PROCEDURE DE SELECTION	20
10.1. Les documents à soumettre.....	20
10.2. Critères d'évaluation des offres	21
11. MODALITES DE TRAVAIL/AUTRES CONDITIONS	22
11.1. Modalités des paiement liés aux livrables	22
11.2. Conditions de travail	22
11.3. Autres conditions	22
11.4. Clause pénale stipulée dans le contrat	22
12. PRINCIPE DE CONDUITE ETHIQUE DE L'EVALUATION	23
13. DELAI D'EXECUTION & CHRONOGRAMME INDICATIF	24
APPROBATION DES TERMES DE REFERENCE (INTERNE)	25

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU MANDAT

Le Niger est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest nommé d'après le fleuve Niger. Le pays est bordé par la Libye au nord-est, le Tchad à l'est, le Nigeria au sud, le Bénin au sud-ouest, le Mali au nord-ouest, le Burkina Faso au sud-ouest et l'Algérie au nord-ouest. La capitale (la plus grande) ville est Niamey, située dans le coin sud-ouest du Niger. Le Niger couvre une superficie de près de 1 267 000 km², ce qui en fait le plus grand pays d'Afrique de l'Ouest. Plus de 80% de sa superficie se trouve dans le désert du Sahara.

La population majoritairement musulmane du pays, d'environ 22 millions d'habitants (99,3%), vit principalement en grappes dans l'extrême sud et l'ouest du pays. Le Niger compte l'une des populations les plus jeunes (58,2 % de la population a moins de 18 ans) et affiche l'un des taux de croissance les plus élevés au monde (près de 4 % par an).

Le Niger se positionne constamment au bas de classement des pays en termes de l'indice de développement humain (IDH) des Nations Unies au cours des dernières années. Le produit intérieur brut (PIB) du Niger s'élevait à 6,3% en 2019. L'industrie primaire du pays (mines, pétrole) est la principale composante du PIB. Cependant, la part du secteur secondaire augmente progressivement, passant de 11% du PIB en 2010 à 15% en 2018. Malgré les progrès importants enregistrés, le pays se classe parmi les pays les moins avancés (PMA) compte tenu du niveau relatif de son PIB par habitant.

Ces dix dernières années, le Niger a réalisé des progrès en faveur des enfants, comme l'atteste notamment la diminution du taux de mortalité des moins de 5 ans, qui est passé de 109 à 85 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2012 et 2017. Si la pauvreté monétaire a baissé de 53,7% en 2005 à 45,4% en 2014, elle reste toutefois très élevée, atteignant 51,4% dans les zones rurales (qui abritent 84% de la population) contre 8,7% dans les zones urbaines. Le système de protection sociale ne couvre qu'une petite partie des ménages et, d'après l'analyse des privations multiples de 2017, les deux tiers des enfants de moins de 5 ans souffrent simultanément d'au moins quatre formes de privations.

Le financement public du système de santé au Niger est relativement insuffisant. La dépense nationale de santé par habitant par an a légèrement progressé ces dernières années, passant de 25 \$ US en 2013 à environ 30 \$ US en 2017, mais elle reste bien inférieure aux estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chiffrées à 44 \$ US pour des interventions sanitaires essentielles. La couverture sanitaire (pourcentage de la population ayant accès à une structure sanitaire dans un rayon de 0 à 5 km) est estimée à 50,6% en 2018, ce qui signifie que près la moitié de la population du Niger n'a pas d'accès aux soins ou y a un accès difficile. La densité du personnel au niveau national a doublé en 2019, passant de 0,2‰ en 2017 à 0,4‰ en 2019, mais reste inférieure à l'objectif national fixé à 0,6‰ et surtout aux normes OMS qui en recommande 23. La répartition de ce personnel est très inégale entre les régions du pays : 3 à 5 fois plus élevée à Niamey (1,5‰) et Agadez (1,0‰), comparativement à Maradi (0,3‰), Tahoua (0,3‰), Zinder (0,3‰), et Tillabéri (0,4‰). La situation est encore plus inéquitable en zones rurales à cause des postes vacants et une forte rotation du personnel. En plus, en 2014, le nombre des districts sanitaires (DS) est passé de 42 à 72 DS, mais les structures sanitaires de la majorité de ces nouveaux districts ne sont pas adéquatement équipées.

Dans le domaine de la nutrition, la malnutrition aiguë touche également toutes les régions du Niger avec Maradi, Zinder, Tahoua, Diffa et Agadez présentant les plus fortes prévalences (>10%). Cependant, les régions de Maradi, Zinder et Tahoua, sont les plus densément peuplées (plus des 2/3 de la population) et celles qui rassemblent près de 80% du fardeau annuel des admissions de malnutrition aiguë sévère. Le retard de croissance est également un défi majeur car il affecte presque un enfant sur

deux, avec toutes les conséquences sur le capital humain. En outre, les disparités importantes persistent entre les milieux rural et urbain et entre les garçons et les filles en fonction des quintiles de richesse.

L'anémie constitue également un problème majeur de santé publique, affectant près des trois quarts (73,4%) des enfants de moins de cinq ans et plus d'une femme enceinte sur deux (58,6%)

Face à cette problématique sanitaire, étendre la couverture des services de santé tout en améliorant leur qualité représente un défi de taille, sachant que sa population doublerait tous les 20 ans. Au cours des dernières décennies, le gouvernement du Niger a souscrit à diverses initiatives mondiales et engagements en santé communautaire qui se sont concrétisées à travers des expériences pilotes qui visaient à améliorer l'accès des populations aux soins. Parmi ces expériences, on peut citer :

- L'auto-encadrement sanitaire villageois.
- L'initiative de Bamako et la participation communautaire à travers les comités de santé.
- Les cases de santé et les agents de santé communautaire.
- Les relais communautaires.

Cette évaluation des approches communautaires de survie de l'enfant mises en œuvre par dans le cadre du programme est un exercice important à cette étape de la mise en œuvre du cycle actuel du programme de coopération Niger-UNICEF. Les résultats doivent fournir des éléments probants de succès (ou non) et explication, des enseignements tirés de ces quelques années de mise en œuvre et nourrir la réflexion vers des mesures correctives à apporter, des domaines à renforcer et pérenniser ou alors des orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie. Tout ceci en prenant en compte le contexte actuel du pays en termes des contraintes programmatiques, les priorités nationales, le financement et de partenariats.

2. APERCU DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES DE SURVIE DE L'ENFANT

Les premières expériences organisées de participation communautaire sont marquées par la mise en place du programme des soins de santé de base à travers la mise en place des Equipes de Santé Villageoises (ESV) en 1973 dans tout le pays. En 1989, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a mis en place le Programme National d'Appui aux Soins de Santé Primaires (PNASSP), organe de pilotage de la participation communautaire et du Recouvrement des coûts au Niger. Se fondant sur les déclarations successives d'Addis-Abeba en 2006 sur la santé communautaire dans la Région africaine et de Ouagadougou en 2008 sur le renforcement des Soins de Santé Primaires (SSP) et des systèmes de santé en Afrique, le Niger s'est engagé dans le renforcement de la participation communautaire.

A partir de 2016, le Plan de Développement Sanitaire (PDS2016-2021) prévoit d'une part le renforcement des acquis de l'implication effective des communautés dans la gestion des services de santé et d'autre part la mise en œuvre d'initiatives de santé communautaire permettant d'accélérer l'atteinte des objectifs de santé à travers une meilleure couverture sanitaire.

En 2018, avec l'appui de l'UNICEF, une analyse de la situation de la santé communautaire a été réalisée et a permis d'identifier plusieurs facteurs défavorables ainsi que les menaces et opportunités à prendre en compte pour la réussite des approches communautaires de la santé publique. Le rapport avait souligné les défis majeurs à surmonter, notamment :

- L'insuffisance, ou même absence de synergie d'action entre les intervenants ; chaque programme ou projet dispose de ses propres relais communautaires (RComs) et privilégie son

- groupe de contact pour la mise en œuvre de ses activités pouvant être à l'origine d'incohérence ou duplication des interventions dans les mêmes zones au détriment d'autres communautés ;
- La mise en œuvre suivant une approche projet sans effort de mise à échelle pour les exemples réussis ;
 - La faible participation des collectivités locales au financement des services de santé à base communautaire ;
 - L'insuffisance de connaissances des textes d'orientation par les acteurs de la santé communautaire notamment les Comités de Gestion (COGES), les Comités de Santé (COSAN) ;
 - L'insuffisance d'implication des communautés et de l'engagement communautaire dans la mise en œuvre des paquets de services au niveau communautaire et pour la durabilité des actions ;
 - L'insuffisance de la coordination dans la mise en œuvre des interventions communautaires ;
 - La très faible documentation des expériences réussies en vue de leur mise à l'échelle ;
 - L'insuffisance d'appropriation des stratégies par les cadres du MSP pouvant se traduire par le manque de suivi des activités et de la supervision des RComs par les services techniques, la non-intégration du niveau communautaire dans les systèmes nationaux d'information sanitaire et d'approvisionnement ;
 - Les insuffisances dans les mécanismes pour la motivation financière attendue par les RComs et leur motivation non monétaire diversement appréciée par les communautés.

Cette analyse a également formulé les recommandations suivantes :

- Elaborer et mettre en œuvre un paquet harmonisé d'activités du relais communautaire,
- Elaborer, et mettre en place un nouveau profil de relais communautaire « polyvalent »,
- Améliorer la coordination des interventions par la création d'un cadre de concertation à tous les niveaux,
- Poursuivre la mise à échelle des interventions en veillant à leur pérennisation à travers un mécanisme de financement pérenne avec la contribution de tous les acteurs clés,
- Tenir compte des capacités d'absorption du système de santé et de sa fonctionnalité pour la mise à échelle des interventions,
- Mettre en place un mécanisme pérenne de la motivation financière des relais avec une augmentation du montant actuel, son harmonisation et la contribution de toutes les parties prenantes,
- Réviser le système de supervision en tenant compte des capacités d'absorption du système de santé, du paquet harmonisé d'activités, des outils appropriés de supervision et de la formation des superviseurs.

A la suite de ce diagnostic, le Niger a élaboré et adopté un Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2019-2023, en tenant compte des résultats de l'analyse de la situation de la santé communautaire et le cadre analytique des Politiques et Stratégies de la SRMNEA et Nutrition. Le plan intègre également des initiatives, approches et mécanismes innovants de financement, d'amélioration de la mise en œuvre des interventions, de renforcement de capacités des acteurs et de participation des communautés à l'effort de santé. Trois objectifs intermédiaires sont poursuivis à travers ce plan à savoir : (i) renforcer la participation communautaire dans l'organisation des services de santé, (ii) mobiliser les communautés et promouvoir les comportements favorables à la santé, et (iii) offrir les soins curatif ou préventifs dans les milieux reculés là où les services de santé ne sont pas disponibles.

La composante Santé du programme de coopération Niger-UNICEF (2019-2021) s'aligne sur cette stratégie et vise particulièrement à améliorer l'accès des mères et des enfants aux services de santé de

qualité. Le programme a particulièrement opté pour trois approches communautaires, chacune relative à un des trois paquets d'activités suivants :

1- La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

La PCIME (PCIME communautaire et PCIME clinique) est une approche intégrée de la santé qui est axée sur le bien-être de l'enfant dans sa globalité. Elle vise à réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités et à améliorer la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans. Elle comporte à la fois des éléments préventifs, promotionnels et curatifs à mettre en œuvre autant par les familles et les communautés que par les établissements de santé. En fin 2020, plus de 7 700 relais communautaires ont pu assurer les prestations.

La PCIME a trois composantes principales :

- L'amélioration des compétences du personnel de santé grâce à des directives de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant adaptées aux circonstances locales et grâce à des activités qui en encouragent l'application ;
- L'amélioration du système de santé pour assurer la prise en charge efficace des maladies de l'enfant ;
- **L'amélioration des pratiques familiales et communautaires.**

C'est cette dernière composante qui fait l'objet de la présente évaluation. Elle comporte trois paquets qui sont (i) le paquet curatif ; (ii) le paquet préventif et (iii) le paquet promotionnel.

Paquet Curatif
<ul style="list-style-type: none">- PCIME Communautaire : Prise en charge intégrée communautaire des cas simples de paludisme, pneumonie et diarrhée et le dépistage et la référence des cas de malnutrition- Dépistage et référence des tousseurs chroniques et suivi du traitement à domicile des malades tuberculeux- Traitement de masse des maladies tropicales négligées : Schistosomiase, filariose et trachome
Paquet préventif
<ul style="list-style-type: none">- Distribution à base communautaire (DBC) de contraceptifs oraux- Dépistage actif des enfants malnutris par la mesure du périmètre brachial et la référence- Sensibilisation des communautés sur l'importance des vaccinations chez l'enfant et la femme enceintes, la recherche des perdus de vue et les journées nationales de vaccinations- Surveillance épidémiologique des Paralysies Flasques aiguës (PFA) au niveau communautaire- Prévention du paludisme avec l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)- Chimio prophylaxie pour la prévention du paludisme saisonnier- Sensibilisation et orientation des femmes vers les formations sanitaires pour la Consultation prénatale Recentrée (CPNR), l'accouchement assisté, la consultation post natale et la PF- Sensibilisation pour une utilisation précoce des formations sanitaires- Sensibilisation des communautés sur les dangers des médicaments de la rue- Sensibilisation sur les risques liés au mariage précoce
Paquet promotionnel
<ul style="list-style-type: none">- Promotion de l'adoption des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) par les ménages y compris la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)- Allaitement maternel exclusif- Alimentation complémentaire approprié et de qualité- Nutrition de la femme en âge de procréer- Lavage des mains à l'eau et au savon

- Utilisation des latrines
- Prévention et soins de la diarrhée par les Sels de réhydratation Orale (SRO) + Zinc
- Prévention de la pneumonie
- Utilisation de la MILDA
- Utilisation des services préventifs
- Suivi et promotion de la croissance de l'enfant
- Vaccination des enfants et des femmes enceintes
- Espacement des naissances
- Enregistrement des naissances

Administration et gestion

- Enregistrement des naissances
- Recensement des ménages
- Utilisation des supports de collecte des données
- Rédaction et transmission de rapports d'activités
- Gestion des produits, matériels et équipements

Le contenu du paquet intégré de services offerts par les RComs :

I. Services curatifs

- 1- Assurer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant 1 - 59 mois -paludisme, diarrhée, pneumonie- au niveau des communautés et dépistage/ référence des cas de malnutrition aiguë aux CSI/CS.
- 2- Reconnaître les signes de danger et référer les enfants malades âgés de moins de 5 ans présentant des signes de gravité.
- 3- Distribution des médicaments de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN).

II. Services Préventifs

- 4- Sensibiliser les communautés sur l'importance du dépistage volontaire et anonyme du VIH et la prise en charge précoces y compris le dépistage pré-nuptial (avant le mariage).
- 5- Sensibiliser les communautés sur la prévention du mariage des enfants, la prévention des grossesses précoces/non désirées, les IST/SIDA, la violence basée sur le genre et les mutilations génitales féminines.
- 6- Sensibiliser les communautés sur l'importance du dépistage de la Tuberculose, la prise en charge précoce, l'orientation des cas présumés (identifier et référer les tousseurs chroniques), des enfants contacts, la recherche des irréguliers au traitement et le suivi de prise des médicaments.
- 7- Faciliter les activités et interventions en stratégie avancée et mobile (activités préventives : CPN, PEV, etc.) / assurer le suivi communautaire des cibles de la vaccination, la CPN, CPoN, des nouveau-nés ...).
- 8- Sensibiliser les communautés sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (initiation précoce de l'allaitement, allaitement exclusif entre 0 et 6 mois, alimentation de complément de qualité entre 6 et 23 mois, etc.)
- 9- Assurer la surveillance épidémiologique des maladies endémiques et endémo épidémiques au niveau communautaire (cas de PFA, rougeole, choléra, méningite, Ver de Guinée etc.).
- 10- Reconnaître les signes de danger chez la femme enceinte et chez l'enfant de 2 mois à 5 ans et la référence à temps.
- 11- Assurer la distribution à base communautaire de contraceptifs.

12- Assurer la distribution à base communautaire de poudres à base de micronutriments (MNPs) aux familles dans les zones où les populations ont peu ou pas d'accès aux services de santé cliniques.
13- Assurer la distribution des produits de base de santé et de nutrition aux familles dans les zones où les populations ont peu ou pas d'accès aux services de santé cliniques.
14- Identifier et orienter les femmes victimes de la fistule génitale féminine.
15- Assurer le suivi des femmes enceintes séropositives au VIH.
16- Reconnaître les signes de gravité chez la femme enceinte et le nouveau-né et référer vers les structures de santé.
III. Services promotionnels
17- Promouvoir l'adoption de 13 PFE auprès des ménages : <ul style="list-style-type: none"> - Allaitement maternel optimal, - Alimentation de complément appropriée et de qualité, - La nutrition de la femme en âge de procréer - Lavage des mains à l'eau et au savon, - Utilisation des latrines - Prévention et prise en charge à domicile de la diarrhée - Prévention de la pneumonie grave - Prévention du paludisme et utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MILDA). - Prévention du paludisme chez la femme enceinte (traitement préventif intermittent) - Utilisation des services de santé préventifs et curatifs (CPNR, ACCHT ASSISTE, CPON,) - Soins et suivi de la croissance de l'enfant - Vaccination des enfants et des femmes enceintes - Espacement des naissances pour le bien-être familial - Enregistrement des naissances à l'état civil
18- Promouvoir la commercialisation et la consommation du sel iodé.
19- Promouvoir la PF du post partum immédiat, post-abortum et utilisation des méthodes de longue durée d'action.
20- Promouvoir le dépistage précoce et la prise en charge des malades tuberculeux.
21- Assurer la déclaration des décès maternels et périnatal.
22- Appuyer l'organisation des groupes de soutien ANJE.
23- Faire la recherche active des enfants non vaccinés et perdus de vue (vaccination de routine) et les orienter vers les structures de soins de santé.
24- Faire la recherche active des femmes enceintes n'utilisant pas les services de CPNR et de Planning Familial et les orienter vers les structures de soins de santé.
IV. Activités de gestion
25- Remplir et archiver correctement les supports de collecte des données.
26- Transmettre régulièrement les rapports d'activités vers la case de santé ou le CSI de rattachement.
27- Rendre compte des réunions du comité de santé du village aux populations.
28- Assurer une bonne gestion des produits, matériels et équipements.
29- Assurer le suivi de l'adoption des interventions communautaires par les populations (causeries de groupe, entretiens individuels).

2- La Prévention de la Transmission Mère et Enfant (PTME)

	Acteurs	Rôles
VIH	<ul style="list-style-type: none"> • APS • ONG • Observatoire Communautaire • Médiatrices Communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil au dépistage, aide à l'annonce du résultat au conjoint. ▪ Conseil à la mise sous ARV et à l'observance du traitement. ▪ Suivi auprès des patients par des visites à domicile, la recherche des perdus de vue ou des patients qui manquent un rendez-vous. ▪ Éducation thérapeutique pour la rétention en TARV des PVVIH ▪ Mobilisation communautaire, Réseautage. ▪ Conseils juridiques. ▪ Microcrédits, Activités génératrices de revenus, etc. ▪ Renforcement de capacités des ONG/OBC. ▪ Plaidoyer pour un accès gratuit aux médicaments au profit des malades. ▪ La mobilisation des communautés pour l'utilisation des services de santé au profit du couple mère-enfant.
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • ASC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisation, identification et orientation des cas présumés vers les centres de prise en charge de TB. ▪ Recherche des cas contacts. ▪ Suivi communautaire des TB et TB/VIH. ▪ Recherche des irréguliers au traitement TB.
Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> • ASC • ASC • OBC • ONG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribution de MILDA dans les ménages par les ASC, les OBC/ONG. ▪ Assurer le renouvellement des MILDA usées dans les ménages. Distribution des carnets seront produits et distribués aux ménages pour le suivi de la disponibilité, de l'utilisation et le remplacement des MILDA usagées. ▪ Traitement préventif intermittent à la SP. ▪ Communication pour le changement social et de comportement /Mobilisation sociale par les ASC, les ONG.
SSR/PF	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Maris modèles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ École des maris : soutien des maris à l'utilisation de la PF par les femmes. ▪ Accouchement assisté ainsi que les soins prénataux). L'école des maris a permis de renforcer la connaissance des maris et de leurs épouses sur l'importance de l'utilisation des services SR ▪ Organisation de campagnes de sensibilisation concernant la PF, impliquant les communautaires. ▪ Organisation de séances de dialogue communautaire.

3- La Prise en charge au niveau des possibles infections bactériennes sévère chez les nourrissons de moins de deux mois lorsque la référence est impossible (PSBI)

Plus de 971 prestataires de soins ont été formés sur la prise en charge au niveau de 7 districts sanitaires (Dakoro, Guidan Roumdji, Madarounfa, Mayahi et Tessaoua de Maradi et Matameye et Mirriah de Zinder) en 2019-2020. Sur le volet préventif et promotionnel 124 agents de santé ont été formés pour assurer la formation et l'encadrement de 1070 relais.

Le cycle de ce programme de coopération arrivant à terme à la fin de l'année 2021, il est opportun de conduire une évaluation de la mise en œuvre de ces trois approches au cours des trois dernières années afin de tirer les leçons de mise en œuvre et améliorer la stratégie nationale.

3. BUT DE L'ÉVALUATION

2.1. But

La mise en œuvre des approches communautaires dans le secteur de la santé est au début de la phase de passage à échelle et nécessite un monitoring rapproché permettant de tirer les leçons et de capitaliser sur l'expérience de la mise en œuvre au cours des trois dernières années.

Cette évaluation a pour but l'apprentissage des leçons issues de la mise en œuvre des approches communautaires PCIME, PSBI et PTME. Elle vise à générer des connaissances à travers les leçons apprises du passage à l'échelle des approches communautaires. Il s'agira également de conduire une analyse des goulots d'étranglement aussi bien du côté de l'offre que de la demande.

2.2. Utilisateurs et Utilisation de l'évaluation

Cette évaluation constituera un cadre analytique qui fournira au pays des informations détaillées fondées sur des preuves pour appuyer la révision de la stratégie nationale en matière de santé communautaire. Les résultats de l'évaluation intéresseront les acteurs ci-dessous, chacun avec les domaines d'utilisation y afférents.

<i>Utilisateurs</i>	<i>Utilisation des résultats de l'évaluation</i>
Ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none">– Mieux comprendre le rôle et la contribution des bénéficiaires dans l'organisation et la prestation des services de santé.– Evaluer les ressources nécessaires pour mettre en place des approches communautaires fonctionnelles.– Mesurer les effets de ces approches sur la qualité de services.– Améliorer les critères de fonctionnalité et de performance des structures communautaires– Analyser plusieurs scénarios de mise à échelle du programme de santé communautaire
Ministère du développement communautaire	<ul style="list-style-type: none">– Améliorer les outils de planification multisectorielle– Partager les bonnes pratiques en termes d'interventions multisectorielles ;– Contribuer et compléter les écarts en matière d'accès aux soins dans les régions à faible densités et forte mouvement des population

Utilisateurs	Utilisation des résultats de l'évaluation
Les Organisations de la Société Civile/ Les organisations à base communautaire	<ul style="list-style-type: none"> – Disposer d'une base d'évidences pour améliorer la redevabilité et le contrôle citoyen – Avoir une meilleure compréhension des dynamiques communautaires dans le changement des comportements en rapport avec l'éducation et la formation des femmes et des filles
Les agences du SNU et autres PTF	<ul style="list-style-type: none"> – Disposer d'informations fiables pour soutenir et élargir les approches communautaires. – Susciter des collaborations entre PTFs sur les approches communautaires ; – Renforcer la synergie dans la gestion et l'utilisation des données communautaires ; – Mieux comprendre la valeur ajoutée de la contribution des PTF dans les approches communautaires.
Les collectivités territoriales et les Communautés	<ul style="list-style-type: none"> – Mieux cerner leur rôle et responsabilités dans les approches communautaires. – Connaître le potentiel des réseaux informels en place pour les renforcer.
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> – Disposer d'informations solides pour appuyer le plaidoyer en faveur des approches communautaires en santé – Alimenter la réflexion lors de la préparation du prochain programme de coopération. – Identifier les innovations soutenables et les bonnes pratiques qui ont fait leurs preuves pour un éventuel passage à l'échelle – Identifier des alternatives moins coûteuses qui auraient permis d'atteindre les mêmes résultats auprès des bénéficiaires finaux – Renforcer le partenariat, la coordination et la synergie des interventions en vue d'optimiser l'impact en matière de santé. – Effectuer une étude approfondie des coûts et des financements requis pour le programme national de santé communautaire

3. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'objectif de la présente évaluation est de rassembler les éléments de connaissance sur la mise en œuvre et les résultats des approches communautaires de santé relativement aux trois paquets d'intervention (PCIME, PBSI et PTME) ciblés par le programme de coopération Niger-UNICEF depuis 2019. Plus spécifiquement, il s'agira de :

- 1- Apprécier les effets des approches communautaires sur l'offre et la demande des services de santé ;
- 2- Identifier les leçons apprises sur ce qui a fonctionné ou non pendant la mise en œuvre de ces approches en œuvre en termes d'acceptabilité, de faisabilité et répliquabilité ;
- 3- Expliquer comment les approches communautaires influencent les couvertures effectives des paquets d'intervention ;
- 4- Identifier les bonnes pratiques en matière de la demande et l'offre du paquet intégré de services offerts au niveau communautaires ;
- 5- Apprécier les effets des approches communautaires initiées dans la mise en œuvre de la PCIME communautaire, le PBSI et la PTME ;
- 6- Apprécier particulièrement les effets des approches communautaires sur la santé des enfants ;

- 7- Identifier, analyser la causalité des goulots d'étranglement du côté de l'offre et de la demande ;
- 8- Formuler des recommandations clés sur la manière d'améliorer les processus de mise en œuvre et les performances de la stratégie et des interventions clés dans le cadre d'un processus d'apprentissage continu.

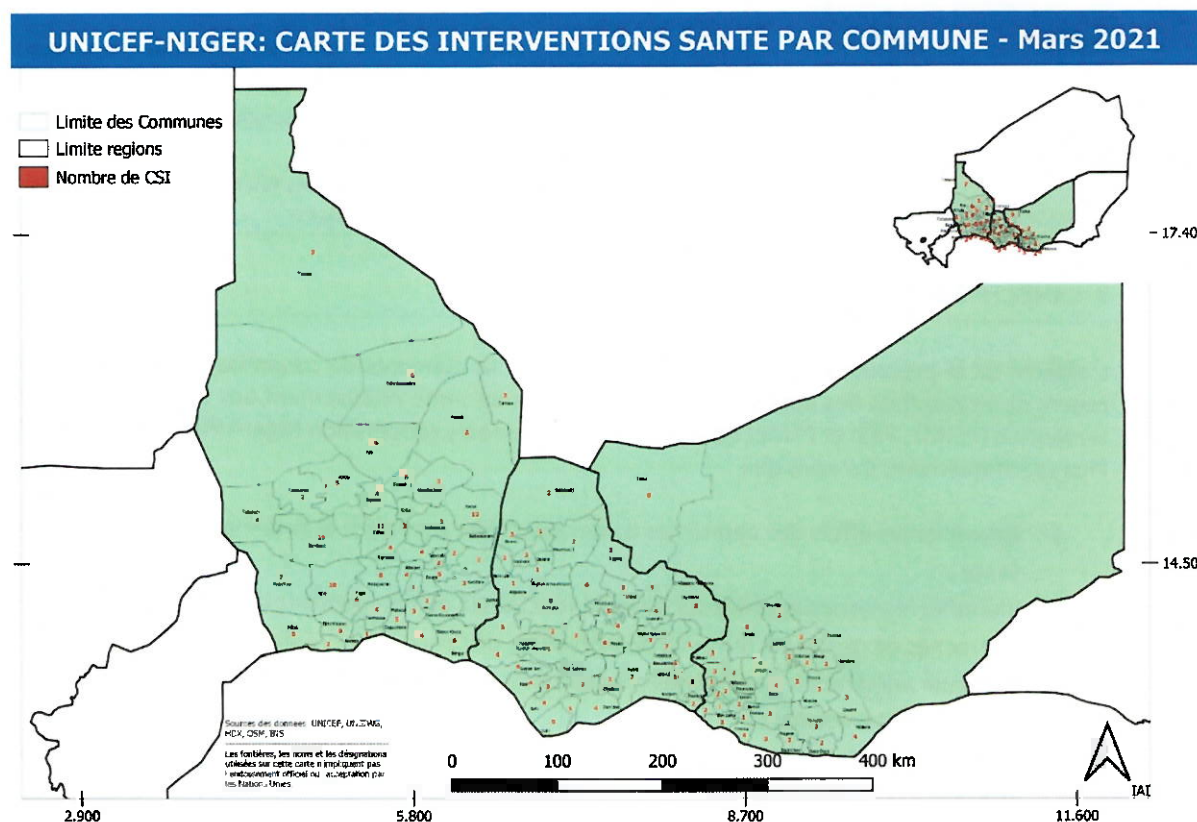
4. PORTEE ET FOCALISATION DE L'EVALUATION

4.1. Portée thématique

Tous les paquets d'interventions appuyées par le programme santé utilisant l'une ou l'autre des approches communautaires de la santé à savoir : la PCIME communautaire, le PBSI communautaire et la PTME communautaire. La présente évaluation sera axée sur le déploiement simultané des trois approches dans les zones appuyées par l'UNICEF.

4.2. Portée géographique

L'évaluation focalisera sur trois régions dans lesquelles ont été mis en œuvre les trois paquets d'intervention avec l'appui de l'UNICEF au cours des trois dernières années. Il s'agit de l'ensemble des districts sanitaires des régions de Tahoua, Maradi et Zinder.



4.3. Portée chronologique

L'évaluation couvrira toutes les activités mises en œuvre au cours du cycle actuel (2019-2021), soit de janvier 2019 à juin 2021.

5. CRITERES ET QUESTIONS D'EVALUATION

L'évaluation se basera sur quatre critères d'évaluation standards définis par l'OCDE/CAD, à savoir la pertinence, l'efficacité, l'efficience, et la durabilité et un critère supplémentaire portant sur le genre, les droits humains et l'équité. Les questions d'évaluation sont adaptées en fonction de ces critères.

CRITERES ET QUESTIONS D'EVALUATION	
1- Pertinence	<p>1.1- Dans quelle mesure les trois approches définies sont-elles alignées aux stratégies nationales en matière de santé communautaire ?</p> <p>1.2- Dans quelle mesure ces trois approches s'intègrent-elles dans l'environnement socio-culturel des communautés ciblées ?</p> <p>1.3- Dans quelle mesure les différentes stratégies de suivi-évaluation étaient-elles adaptées pour mesurer les résultats de l'approche ? Et Comment pourraient-elles être améliorées?</p>
2- Efficacité	<p>2.1- Dans quelle mesure le Programme a atteint les objectifs escomptés en termes de hausse de la demande des services de santé et des capacités de gestion du système sanitaire ? Quels sont ses résultats atteints?</p> <p>2.2- Quels facteurs internes et externes à l'UNICEF ont-ils contribué à l'atteinte des résultats du Programme ?</p> <p>2.3- Quels facteurs internes et externes à l'UNICEF ont empêché l'atteinte des résultats du Programme ?</p> <p>2.4- Dans quelle mesure les structures/institutions de prestation de services atteignent-elles les groupes ciblés par les interventions ? : (i) quelles sont les principales contraintes relatives à l'offre, (ii) quelles sont les principales contraintes relatives à la demande, (iii) quels sont les facteurs de succès et/ou d'échec ?</p> <p>2.5- Dans quelle mesure le programme Santé a-t-il apporté les ajustements adéquats pour mitiger les effets du COVID 19 sur les résultats en matière de prise en charge communautaire de la santé ?</p> <p>2.6- Quels sont les effets attendus/inattendus, positifs et négatifs que les interventions menées ont produit chez les détenteurs de droits à tous les niveaux ?</p>
3- Efficience	<p>3.1- Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et matérielles affectées à la mise en œuvre du programme sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- Suffisantes (en quantité) par rapport aux besoins et aux résultats escomptés ?- Adéquates (en qualité) par rapport aux résultats escomptés ?- Déployées à temps ? <p>3.2- Dans quelle mesure le programme Santé a-t-elle optimisé l'utilisation des ressources financières, matérielles et humaines dont elle disposait ?</p> <p>3.3- Dans quelle mesure le réseau de partenariat établi par l'UNICEF à travers le programme Santé contribue-t-il à la réalisation effective des résultats attendus ?</p> <p>3.4- Existe-t-il des alternatives moins coûteuses qui auraient permis d'atteindre les mêmes résultats auprès des bénéficiaires finaux ?</p>

4- Viabilité à long terme	<p>4.1- Dans quelle mesure les partenaires se sont-ils appropriés la vision, les lignes et les méthodes de travail soutenues et menées par le Programme en matière de prise en charge communautaire de la santé ?</p> <p>4.2- Comment le programme a-t-il intégré l'exigence de durabilité dans la conception et la mise en œuvre de ses interventions ?</p> <p>4.3- Dans quelle mesure les mécanismes communautaires mis en place dans le cadre des interventions de la composante sont-ils susceptibles de continuer à fonctionner de manière autonome ?</p> <p>4.4- Dans quelle mesure certaines charges financières liées à la mise en œuvre des interventions sont-elles entièrement ou en partie intégrées dans le budget national ?</p>
5- Equité	<p>5.1- Dans quelle mesure le programme a-t-il intégré l'approche genre dans la conception et la mise en œuvre des approches communautaires ?</p> <p>5.2- Dans quelle mesure ces approches ciblent-elles les plus démunis et permettent de réduire les inégalités en matière d'accès aux services de santé entre les groupes les plus aisés et les groupes les plus démunis, entre les femmes et les hommes ?</p> <p>5.3- Dans quelle mesure les défis d'équité auxquels le pays fait face dans l'accès aux services de base dans les secteurs de la santé ont-ils été analysés et pris en compte dans les stratégies de mise en œuvre ?</p>
6. Coherence	<p>6.1- Dans quelle mesure des partenariats ou des mécanismes de coordination significatifs ont-ils été établis et rendus fonctionnels par les acteurs majeurs des approches communautaires, y compris les institutions gouvernementales aux niveaux national et local, la société civile, les ONG, etc. pour éviter les duplications, une mauvaise communication et permettre des responsabilités plus claires ?</p> <p>6.2- Dans quelle mesure l'approche communautaire de survie a-t-elle été conçue/adaptée et mise en œuvre conformément aux engagements nationaux (et en réponse aux ODD) et aux cibles prioritaires choisis par le Niger mais aussi pour prendre en compte le contexte changeant comme COVID-19 ?</p>

6. RESULTATS/PRODUITS ATTENDUS

Les évaluateurs doivent produire les documents suivants qui seront chaque fois validés par les comités mis en place :

- **Un rapport de démarrage** : qui présente la méthodologie d'évaluation et explique clairement comment l'approche proposée apportera les réponses aux questions d'évaluation et permettra de réaliser les objectifs de l'évaluation. La note doit contenir les outils de collecte de données ainsi que le plan d'analyse avec une matrice de l'évaluation reflétant les critères et les questions d'évaluation. Elle comprendra également une proposition de chronogramme détaillé des activités et la soumission des livrables. Ce document constituera la première base sur laquelle l'équipe des consultants et le comité de pilotage se mettront d'accord. Ce rapport inclura également les résultats préliminaires de l'examen et de l'analyse des documents fournis par l'UNICEF et d'autres partenaires pertinents ainsi que d'autres travaux de recherche et d'évaluations spécifiques au secteur Santé au Niger.
- **Rapport succinct de collecte des données et présentation PPT des constats & conclusions préliminaires** : l'équipe d'évaluation fera cette présentation aux membres du Groupe de Référence de cette évaluation juste après la collecte des données sur le terrain. Les échanges

entre l'équipe d'évaluation et les participants lors de cette rencontre vont informer le contenu du rapport provisoire.

- **Un premier draft du rapport** qui sera présenté pour recueillir les commentaires des parties prenantes. La structure de celui-ci inclura : (i) un résumé analytique, (ii) le contexte et l'objet de l'évaluation, (iii) le but de l'évaluation, son champ et la méthodologie utilisée, (v) les principales constatations de l'évaluation ; (vi) les conclusions, les leçons apprises et les recommandations et les bonnes pratiques (vii) les Annexes.

- **Un rapport final** : qui aura intégré les observations faites au rapport provisoire. Le contenu du rapport d'évaluation devra être conforme aux normes et standards de qualité de l'UNEG adaptées par UNICEF¹.

Le rapport final devra être structuré comme suit :

Le rapport final complet est structuré comme suit :

- *Table des matières, y compris la liste des tableaux et la liste des figures*
- *Résumé Exécutif (max. 5 pages, couvrant les principales sections du rapport : contexte, méthodologie et processus, principales conclusions et recommandations, leçons apprises)*
- *Remerciements (tous ceux qui ont soutenu l'évaluation et ont apporté une coopération et une collaboration solides pendant le processus)*
- *Liste des abréviations et acronymes*

- Introduction (objet de l'évaluation, but de l'évaluation, objectifs, portée, utilisation et utilisateurs envisagés)
- Contexte de l'évaluation
- Méthodologie, y compris la stratégie d'échantillonnage, une description des outils de collecte de données, les méthodes d'analyse des données
- Considérations Ethiques
- Limites et Mesures de Mitigation
- Constats Principaux (par critère - chaque question devra recevoir une réponse individuelle) + Conclusions préliminaires (étant donné que tous les constats seront numérotés, chaque conclusion devra indiquer clairement ces constats spécifiques et les numéros des paragraphes correspondants sur lesquels elle est fondée)
- Conclusions finales
- Leçons apprises
- Recommandations (stratégiques et opérationnelles, maximum 5 recommandations prioritaires)

- **Annexes (termes de référence ; liste des personnes interrogées et des sites visités ; liste des documents consultés ; plus de détails sur la méthodologie, tels que les instruments de collecte de données, y compris des détails sur leur fiabilité et leur validité ; matrice d'évaluation ; cadre de résultats et/ou la théorie de changement)**

¹https://www.unicef.org/evaluation/files/UNICEF_adapted_reporting_standards_updated_June_2017.pdf

7. METHODOLOGIE

L'évaluation sera menée selon une approche participative et inclusive. En ce qui concerne la Convention relative aux droits de l'enfant¹, l'équipe d'évaluation devrait proposer une participation adéquate des enfants, des adolescents et des jeunes tout au long du processus d'évaluation. L'évaluation sera basée sur une combinaison de méthodes diverses, incluant les méthodes quantitatives et qualitatives mais aussi la revue documentaire, les discussions de groupes, les interviews ciblées ainsi que l'observation directe notamment à travers des visites dans certains sites d'intervention. Le but d'utiliser plusieurs méthodes est de trianguler les données provenant de différentes sources afin de formuler les constats et d'apporter des réponses le plus pertinentes et crédibles aux questions d'évaluation. Afin d'améliorer la rigueur de l'évaluation, au cours de la phase de démarrage, l'équipe d'évaluation développera des rubriques pour chacun des indicateurs inclus dans la matrice d'évaluation.

Afin d'enrichir son analyse, l'équipe des consultants devra aussi trianguler les données quantitatives disponibles issues de diverses sources. Toutes ces informations combinées permettront d'apporter des réponses aux questions d'évaluation mentionnées précédemment. La méthodologie devra être en lien avec l'approche basée sur les droits humains, le genre et l'approche d'équité. Plus spécifiquement, les méthodes incluront :

- a. La revue systématique des documents existants pour une meilleure compréhension du contexte, les progrès et les défis, notamment la revue de littérature des documents clés et évidences en utilisant les outils adéquats de revue des documents :
 - Documents de Programme, les rapports de revue, les rapports de mise en œuvre, les rapports de mission de terrain, les rapports d'utilisation financière, etc.
 - Documents pertinents et l'analyse diverses relatives au domaine de la santé au Niger disponibles dans les services publics, les ONGs œuvrant dans le secteur, les PTF qui commencent des études.
- b. L'analyse secondaire systématique des données relatives au secteur de la santé. Ces données proviennent de diverses sources notamment les études et les enquêtes successives (nationales ou localisées).
- c. Entretiens (individuels et/ou de groupe) avec des informateurs clés de l'UNICEF, des autres agences du SNU, du gouvernement aux niveaux national et décentralisé/déconcentrés, des ONGs, des agents de santé communautaire et des communautés de bénéficiaires impliquées dans le secteur de la santé. Les évaluateurs devront s'assurer de la participation des groupes cibles, y compris les jeunes dans l'évaluation, peut-être à travers la prise en compte des jeunes mères (moins de 26 ans) comme un groupe spécifique à inclure dans les communautés bénéficiaires à interroger.
- d. Observations directes dans les services et dans les communautés appuyées par le Programme, des réunions des structures de coordination, y compris le cluster, etc.

Sur la base de la carte des communes d'intervention intégrant le nombre de CSI couverts (cf. 4.2. Portée géographique), le consultant proposera une méthodologie d'échantillonnage appropriée pour sélectionner les communes et le nombre de CSI qui feront l'objet de l'analyse. Le consultant proposera également une méthodologie pour chaque question d'évaluation ainsi que les outils de collecte et d'analyse des données. L'approche méthodologique complète d'évaluation sera examinée et peaufinée avec l'équipe d'évaluation au cours de la phase de démarrage et approuvée par le comité de pilotage.

Une méthodologie d'évaluation plus détaillée sera proposée par le/s consultant/s en prenant en compte les différences parmi les parties prenantes, en termes d'âge, de genre, et autre critères jugés

pertinents. Le/s consultants proposeront ainsi une méthodologie (y compris la stratégie d'échantillonnage et d'analyse) et les étapes de l'évaluation dans leur offre technique. Il est attendu que les méthodes et l'échantillonnage proposées pour apprécier les effets des interventions sur l'ensemble des bénéficiaires attendus soient suffisamment robustes pour assurer la crédibilité et validité interne des résultats de l'évaluation. La méthodologie définitive sera validée lors de la phase de démarrage de l'évaluation. **En outre, le/s consultant/s sont encouragés de proposer des approches et des méthodes innovantes pour l'évaluation.**

Les données et les documents existants seront mis à disposition de l'équipe d'évaluation par le gestionnaire d'évaluation en début de la consultation. Les consultants présenteront une note de cadrage de l'évaluation (*inception report* en anglais) avec une méthodologie détaillée, qui inclut des éléments à la fois quantitatifs et qualitatifs, conçus pour répondre avec précision aux questions de l'évaluation. Dans le but de démontrer que l'équipe d'évaluation a bien saisi le contenu du programme ainsi que les questions fondamentales adressées par cette évaluation, la note de cadrage devra fournir un résumé critique des informations contenues dans les documents programmatiques mises à disposition de l'équipe d'évaluation par l'UNICEF après la signature du contrat. Telle note devra aussi bien indiquer, pour chacune des questions de l'évaluation, les informations suivantes : quelles méthodes et quels outils de collecte de données seront utilisés pour y répondre, auprès de qui les données en question seront collectées (y compris la stratégie d'échantillonnage), quelles méthodes d'analyse seront utilisées pour interpréter lesdites données, quelles mesures seront adoptées afin d'assurer la qualité de l'évaluation, et comment les données seront disséminées. Cette note doit aussi proposer les mesures susceptibles de garantir au processus d'évaluation une assise éthique, et de protéger la confidentialité et la dignité de ceux qui participent à l'évaluation.

Afin de garantir l'appropriation des résultats de cette évaluation par la partie nationale, il est impératif d'inclure en amont la participation comme principe de gouvernance de cet important exercice. Il s'agira principalement de définir les différents niveaux de participation qui sont pertinents pour l'exercice et d'identifier les différents types de concertations nécessaires (Institutionnelle, technique, communautaires, PTF etc.). Cette démarche devrait aboutir à ce que l'ensemble des acteurs du secteur Santé soient consultés à toutes les étapes pertinentes de cette évaluation (TdRs, collecte de données sur le terrain, rapport d'étape, validation des résultats et mise en œuvre des recommandations). Ce dialogue multi acteurs servira également d'opportunités pour reconstituer et amender la théorie de changement du programme qui fait l'objet de cette évaluation.

L'évaluation sera menée selon les [normes et standards](#) d'évaluation du Groupe de l'Évaluation des Nations Unies (UNEG). Elle intégrera de manière spécifique les droits humains, le genre et l'équité et sera conduite conformément au [code de conduite](#), [guide d'éthique](#) ainsi qu'aux [directives de l'UNEG](#) en matière d'intégration des droits humains et de l'égalité des sexes aux évaluations. Le rapport d'évaluation sera d'au plus de 50 pages et intégrera un résumé exécutif d'au plus 4 pages. Le contenu du rapport d'évaluation devra être conforme aux normes de qualité de l'UNEG dans ce domaine et il devra surtout répondre aux critères de l'UNEG en matière de qualité des rapports d'évaluation². Lesdites normes, qui détermineront la notation du rapport final par une entité indépendante de l'UNICEF, seront partagées par l'UNICEF avec l'équipe d'évaluation juste après la signature du contrat.

² <http://www.uneval.org/document/detail/607>

8. GESTION DE L'ÉVALUATION ET RESPONSABILITÉS

En vue de mener à bien l'évaluation, un dispositif de gestion du processus sera mis en place pour assurer un suivi rapproché, y compris les aspects techniques, le respect du chronogramme et garantir la qualité des livrables. Ce dispositif comprend :

8.1. Le Comité de pilotage qui jouera le rôle du Groupe de Référence

Il sera placé sous le leadership du Ministère de la Santé Publique. Ce comité supervisera l'ensemble du processus, recevra, examinera et validera les différents livrables, y compris le rapport de démarrage ainsi que les rapports successifs de progrès soumis par le cabinet de consultance. Il mobilisera les différents acteurs opérant dans le secteur de la santé, incluant les partenaires au développement, les institutions gouvernementales, les organisations de la société civile. Le comité comprendra les ministères concernés par le secteur de la santé en général et en particulier les approches communautaires. A ces partenaires gouvernementaux s'ajouteront des représentants des PTF et des ONGs internationales et nationales.

8.2. L'UNICEF Niger

Dans le strict respect de l'indépendance de l'évaluation, l'UNICEF apportera l'appui nécessaire à la coordination ainsi que les ressources nécessaires tout au long du processus d'évaluation. Les évaluateurs pourront demander l'appui aux membres des équipes de la section Santé, de la Section Planification, Suivi et Evaluation ou toute autre personne ou unités au sein du Bureau. Chaque fois que de besoin, le Bureau assurera l'organisation et la facilitation de toutes les réunions entre l'équipe de l'évaluation et les partenaires. Il contribuera à l'assurance qualité de tous les documents, y compris les livrables et produits préliminaires avant la soumission du rapport final. Il facilitera également la dissémination des résultats de l'évaluation ainsi que l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du « management response ».

8.3. Le Bureau Régional

- Le Conseiller Régional en Santé apportera l'expertise technique spécifique tout au long du processus, en accompagnant la section Santé.
- Le Conseiller Régional en Evaluation apportera un accompagnement technique dans la conception de l'évaluation, la revue des outils ainsi que l'assurance qualité, le respect des normes et standards de l'UNICEF et fournira des commentaires sur les produits finaux.

N.B. Le processus de collecte de données doit respecter l'éthique statistique, notamment la protection de l'anonymat et la confidentialité à laquelle ont droit les personnes qui communiquent des informations. Ceux qui sont impliqués dans cet exercice doivent être attentifs aux croyances, aux us et coutumes et faire preuve d'intégrité et d'honnêteté dans leurs relations avec toutes les parties prenantes.

9. EQUIPE D'EVALUATION, EXPERIENCE ET QUALIFICATION REQUISES

L'évaluation sera menée par une équipe de trois consultants comprenant un consultant principal (international), chef d'équipe, doté d'une solide expérience en évaluation des programmes et deux consultants associés (experts nationaux). Leurs responsabilités sont les suivantes :

9.1. Un consultant principal

9.1.1 Principales responsabilités

Le consultant principal assure le leadership à toutes les phases de l'évaluation: (i) organise le travail entre les membres de l'équipe des consultants et en assure la supervision ; (ii) coordonne l'exercice de compilation/collecte et analyse des données ; (iii) dirige le processus de rédaction des rapports successifs de l'évaluation; (iv) en tant que rédacteur principal, il s'assure de la cohérence interne des différentes parties du rapport; (v) s'assure de la qualité des contributions des consultants associés et dirige la révision des versions successives jusqu'au rapport final ; (vi) facilite les réunions techniques avec les membres des comités ainsi que les réunions de validation ; et (vii) présente les résultats, les conclusions et les recommandations du rapport final de l'évaluation.

9.1.2. Profil du consultant principal

Qualification académique

- Etre titulaire d'un diplôme universitaire du niveau BAC+5 (au moins) dans les domaines de la santé, des sciences sociales, droit, développement international ou disciplines connexes.

Expérience professionnelle

- ✓ Expérience confirmée d'au moins dix ans dans le domaine d'évaluation des projets et/ou programme de développement notamment dans le domaine de la santé et/ou de l'engagement communautaire (**le/la consultant(e) principal(e) devra fournir au moins la copie d'un rapport d'évaluation produit au cours des 3 dernières années et dont il/elle a été l'auteur principal(e)**) ;
- ✓ Bonne connaissance des programmes de santé y compris dans les situations d'urgence et particulièrement les approches communautaires (Ressortir dans le CV avec les références pertinentes y relatives) ;
- ✓ Expérience confirmée dans la collecte, le traitement et l'analyse des données qualitatives et quantitatives ;
- ✓ Bonne connaissance du contexte socio-économique et programmatique du Niger ou des pays de la région du Sahel est souhaitable ;
- ✓ Formation/accréditation sur la méthodologie d'évaluation des programmes de santé
- ✓ Maîtrise de la langue française
- ✓ Excellentes qualités rédactionnelles et de synthèse requises
- ✓ Expertise des systèmes de santé et de la gestion de programmes de santé selon l'approche sectorielle, en particulier dans les pays en voie de développement dans le contexte africain.

Compétences et aptitudes

- ✓ Bonne capacité de facilitation des groupes de discussion ;
- ✓ Excellente capacité de synthèse et de rédaction des documents,
- ✓ Bonne aptitude de gérer une équipe et tenir les délais.

Langues requises

- ✓ Excellente maîtrise du français exigée et connaissance de l'anglais souhaitée.

9.2. Consultants associés

9.2.1. Principales responsabilités

Les consultants associés (évaluateurs nationaux) sont membres de l'équipe d'évaluation. A ce titre, ils prennent activement part à toutes les phases en y apportant leur expérience, leur expertise mais aussi leur parfaite connaissance du contexte socio-culturel et socio-économique mais aussi des dynamiques culturelles. Ils contribuent activement à la collecte et à l'analyse de données, mais aussi à la rédaction du rapport en faisant ressortir chaque fois les aspects spécifiques et particuliers des régions, des groupes et des communautés. Une répartition des responsabilités sera faite afin qu'il y ait une parfaite complémentarité et harmonie dans le travail de l'équipe, à toute les phases.

9.2.2. Profil des consultants associés

Qualification académique

- Etre titulaire d'un diplôme universitaire du niveau BAC+5 (au moins) dans les domaines de la santé, des sciences sociales, statistiques, démographies, évaluation du développement ou tout autre domaine technique connexe.

Expérience professionnelle

- Au moins huit ans d'expérience dans le domaine d'élaboration et de gestion des projets et programmes sociaux impliquant les communautés ;
- Bonne connaissance des programmes, et familiarité avec les travaux actuels dans le domaine de la santé commentaire ainsi que la littérature y afférente au Niger ;
- Expertise en évaluation des programmes de santé au cours des 3 dernières années.
- Expérience dans le domaine des évaluations des programmes de développement
- Expérience confirmée dans les techniques de collecte, traitement et analyse des données qualitatives et quantitatives ;
- Une bonne connaissance du contexte socio-économique, culturel et politique du Niger ;
- La participation éprouvée à des évaluations dans le passé en tant que membre de l'équipe d'évaluation constituera un avantage

Compétences et aptitudes

- Excellente capacité de synthèse et de rédaction des documents ;
- Compétence dans le domaine des entretiens/interviews et dans le domaine de la facilitation ;
- Bonne maîtrise des applications informatiques pertinentes, notamment le traitement et analyse des données.

Langues requises

- Excellente maîtrise du français exigée.

9.3. Les agents de collecte de données

Une équipe d'enquêteurs dont le nombre sera déterminé par la taille de l'échantillon et l'approche méthodologique sera recrutée par le cabinet. Ils seront en charge de la collecte de données sur le terrain sous la supervision des consultants, selon la répartition des tâches qui aura été convenue entre eux. Les enquêteurs doivent être dotés d'une bonne expérience de la collecte de données dans les communautés, maîtriser les techniques et la langue d'interview. Ils devront être préalablement formés de manière adéquate avant leur déploiement.

10. SOUMISSION DES OFFRES & PROCEDURE DE SELECTION

10.1. Les documents à soumettre

Les dossiers de candidature doivent comprendre une « Offre technique » et une « Offre financière ». Ils doivent comprendre en outre un dossier administratif du cabinet/bureau d'étude. Ces documents devront inclure les éléments ci-après :

1- Dossier administratif

Il devra comprendre les documents suivants :

- Un document administratif de création
- Une attestation de paiement des impôts quitus fiscal, à jour
- Une attestation de paiement des cotisations sociales, à jour.

Même si le dossier administratif ne fera pas l'objet de notation, la vérification permettra de déterminer la complétude et la qualité d'éléments constitutifs. Le manque d'un ou de plusieurs documents administratifs peut entraîner le rejet de l'ensemble du dossier de candidature.

2- Offre technique

Elle portera sur la manière dont les consultants ont compris les termes de référence et envisagent de conduire l'évaluation. Les offres techniques mettront en exergue les éléments ci-après :

- Les références techniques du soumissionnaire incluant son expérience notamment en rapport avec les missions similaires réalisées par le cabinet ;
- Une note méthodologique qui devra comprendre :
 - La compréhension des TdR (il ne s'agit pas ici de recopier les TdR) ;
 - Les méthodes de collecte et d'analyse des données y compris la stratégie d'échantillonnage ; que le cabinet estime pertinentes afin de répondre aux questions de l'évaluation ;
 - Explication de l'utilisation de chacune des méthodes de collecte et d'analyse proposées ;
 - Un plan de travail incluant les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe de l'évaluation, la complémentarité avec les équipes de l'UNICEF et le Comité de pilotage
- La liste des Consultants proposée pour la mission accompagnée de curriculum vitae détaillés de chacun incluant les références des expériences antérieures (par ex. les références des travaux les plus récents réalisés par l chacun des consultants).

3- Offre Financière

Elle devra comprendre un budget détaillé, incluant toutes les dépenses relatives à la réalisation de l'évaluation, y compris les honoraires journaliers et autres dépenses concernant les membres de l'équipe technique, mais aussi tous les autres frais afférents à la conduite de l'évaluation. Ceux-ci incluent une estimation des frais de formation des agents de collecte, les frais du personnel pendant la

collecte, les frais de location de logistique et de saisie de données. Les coûts seront présentés en dollars américains. Cette offre devra être présentée séparément de l'offre technique. En effet, celle-ci ne sera examinée que pour les candidats dont les offres techniques auront été jugées valables.

10.2. Critères d'évaluation des offres

Les offres des cabinets seront évaluées sur la base des critères et notations mentionnés dans le tableau ci-dessous. Les soumissionnaires doivent respecter les limites de pages indiquées par section. Les candidats sont également encouragés à éviter un langage trop générique et à fournir une offre appropriée, descriptive et spécifique au contexte du Niger, en lien avec les livrables attendus.

#	Critères	Notes	Total
1	Compréhension des termes de référence	5	5
2	Méthodologie		20
	- Indiquer le cadre méthodologique de référence pour la réponse aux questions d'évaluation indiquées dans les TdR.	10	
	- Détailler les méthodes de collecte des données y compris l'échantillonnage.	5	
	- Méthodes d'analyse des données qui auront été compilées/collectées en vue de contribuer à répondre aux questions d'évaluation)	5	
3	Capacités d'organisation de l'équipe d'évaluation pour l'exécution du mandat		10
	- Plan détaillé de travail de l'évaluation (<i>selon la pertinence des activités et du chronogramme proposé pour la délivrance des produits attendus</i>)	5	
	- Rôles et responsabilités des membres de l'équipe d'évaluation (<i>Selon la pertinence de la répartition des rôles et responsabilités pour l'atteinte des résultats escomptés dans les délais requis</i>)	5	
4	Expertise et expérience du consultant principal		20
	- Expertise du/de consultant(e) principal(e) (<i>selon l'expertise en évaluation des programmes/projets de développement</i>).	5	
	- Expérience du/de consultant(e) principal(e) (en mettant en exergue son expérience dans la conduite des évaluations similaires à celle-ci, dans les contextes similaires et avec divers PTF et les Nations Unies en particulier).	10	
	- Connaissance des programmes de santé et connaissance de la littérature actuelle dans le secteur en général (Ressortir dans le CV les positions occupées dans le domaine de la santé ainsi que les références pertinentes y relatives. Partager également les publications réalisées dans le domaine le cas échéant)	5	
5	Expertise et expérience des consultants nationaux		15
	- Expertise des consultant(e)s associé(e)s (<i>Selon l'expertise en évaluation des programmes de développement</i>)	5	
	- Expertise des consultant(e)s associé(e)s (en mettant en exergue l'expérience dans la conduite des évaluations similaires et avec divers PTF et les Nations Unies en particulier).	10	
Notes totales attribuées à l'offre technique			70
Notes totales attribuées à l'offre financières			30
Note globale			100

Seules les offres dont la note technique est au moins égale à 50 seront retenues pour l'analyse de l'offre financière.

Evaluation de l'offre financière : la note maximale de 30 points sera attribuée au soumissionnaire qui aura proposé le coût financier le moins élevé. La note financière des autres soumissionnaires sera calculée selon la formule suivante : **Montant proposition la moins élevée X Note attribuée à la proposition la moins élevée / Montant Proposition Financière à évaluer.**

Sélection finale : l'offre ayant obtenu la note globale la plus élevée, sera retenue pour l'établissement du contrat.

11. MODALITES DE TRAVAIL/AUTRES CONDITIONS

11.1. Modalités des paiement liés aux livrables

Le paiement des frais de services se fera en trois versements suivants les livrables, comme suit :

- 25% après la validation du rapport de démarrage.
- 15% à la remise la remise du rapport succinct de collecte de données sur terrain et présentation PPT sur les constats et conclusions préliminaires.
- 30% à la soumission du premier draft du rapport répondant aux attentes et déclaré recevable selon les normes de l'UNEG/UNICEF et GEROS
- 30% à la soumission du rapport final validé (répondant aux normes et standards de l'UNICEF).

11.2. Conditions de travail

L'équipe d'évaluation sera basée à Niamey avec des déplacements sur le terrain pendant la phase de collecte de données. La durée de présence du Consultant principal (Chef d'équipe) sera convenue entre les deux parties.

Chaque membre de l'équipe devra utiliser son propre matériel de travail et faire les arrangements nécessaires pour la reproduction des documents.

11.3. Autres conditions

- L'UNICEF ne fournit pas d'assurance santé/rapatriement pour les consultants. Chaque membre doit s'assurer de disposer de sa propre couverture santé.
- Les documents produits pendant la consultation seront considérés comme strictement confidentiels et le droit de distribution et / ou de publication aux ministères en charge de la santé et à l'UNICEF.
- L'utilisation ou la publication de données ou de résultats d'enquête par le contractant ne sera en aucun cas autorisée. Le contrat signé avec l'agence inclura les autres conditions générales définies par l'UNICEF. Les rapports principaux seront publiés par les commanditaires de l'évaluation, en indiquant dans les sections des remerciements les institutions et les personnes qui ont grandement contribué à la qualité des rapports.
- Les consultants fourniront aux commanditaires les données brutes, corrigées/vérifiées une fois nettoyées et des fichiers de programmation permettant de reproduire les résultats des principaux rapports de l'évaluation.

11.4. Clause pénale stipulée dans le contrat

L'UNICEF Niger se réserve le droit de ne pas payer le cabinet contracté ou de retenir une partie du montant à payer si une ou plusieurs exigences établies dans ces Termes de Référence ne sont pas respectées ou si le délai fixé pour l'accomplissement de la tâche n'est pas respecté.

12. PRINCIPE DE CONDUITE ETHIQUE DE L'EVALUATION

L'évaluation des interventions de développement appuyées par les Nations Unies en général et l'UNICEF en particulier, doivent être indépendantes, impartiales et rigoureuses. Chaque évaluation doit clairement contribuer à l'apprentissage et la redevabilité. Ainsi donc, l'équipe des évaluateurs doit être intègre personnellement et professionnellement et être guidée par les principes de rigueur dans le cadre de la conduite de cet exercice. L'évaluation finale du programme conjoint doit être réalisée selon les principes éthiques et les normes définis par le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (UNEG).

- **Anonymat et confidentialité** : l'évaluation doit respecter les droits des personnes qui fournissent des informations, en garantissant leur anonymat et la confidentialité.
- **Responsabilité** : le rapport doit faire état de tous les conflits ou divergences d'opinion ayant pu se manifester entre les consultants ou entre les consultants et les responsables de programmes concernant les conclusions et/ou recommandations de l'évaluation. L'ensemble de l'équipe doit confirmer les résultats présentés, les éventuels désaccords devant être indiqués.
- **Intégrité** : les évaluateurs se devront de mettre en évidence les questions qui ne sont pas expressément mentionnées dans les TdR, afin d'obtenir une analyse plus complète des aspects étudiés.
- **Indépendance** : les consultants doivent veiller à rester indépendants vis-à-vis du programme concerné par l'évaluation, et ils ne devront pas être (ou avoir été) associés à sa gestion ou à quelque élément de celle-ci.
- **Incidents** : si des problèmes surviennent au cours du travail de terrain, ou à tout autre phase de l'évaluation, ils doivent être immédiatement signalés au Spécialiste Suivi Evaluation à l'UNICEF. Si cela n'est pas fait, l'existence de tels problèmes ne pourra en aucun cas être utilisée pour justifier l'impossibilité d'obtenir les résultats prévus par l'UNICEF dans les présents termes de référence.
- **Validation de l'information** : les consultants se doivent de garantir l'exactitude des informations recueillies lors de la préparation des rapports et seront responsables individuellement et collectivement de l'information présentée dans le rapport final.
- **Propriété intellectuelle** : en utilisant les différentes sources d'information, les consultants se doivent de respecter les droits de propriété intellectuelle des institutions et des communautés faisant l'objet d'examen.
- **Soumission des rapports** : si la soumission des rapports est repoussée, ou dans le cas où la qualité des rapports soumis serait nettement moins bonne que ce qui a été convenu, des sanctions seront appliquées.



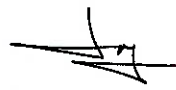

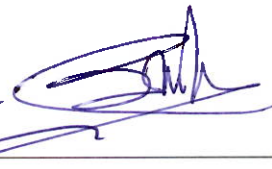
Par ailleurs, il est important de souligner que la confidentialité des répondants à la collecte des données sera garantie ; aucun nom ne sera associé aux réponses fournies. Une permission, sous forme de consentement éclairée sera demandée avant de procéder à une interview. L'évaluation représente un risque minimal et ne sera pas soumise à la revue d'un comité éthique national.

13. DELAI D'EXECUTION & CHRONOGRAMME INDICATIF

La durée maximale de la consultation sera de 60 jours de travail presté étalés entre juin et août 2021. Le tableau ci-dessous présente le calendrier succinct indicatif des principales activités et les principaux résultats attendus à chacune des étapes du processus d'évaluation. L'équipe de consultant présentera un chronogramme détaillé de toutes les activités dans le cadre de son rapport de démarrage.

Tâches	Livrables	Durée
1- Conceptualisation – préparation des TdRs,	TdRs validés	
2- Publication et lancement de l'offre ; sélection des consultants et recrutement	Contrat des consultants signés par les deux parties	
3- Organisation des réunions introductives	PV des réunions	2 jours
4- Préparation et soumission de la note de cadrage (Inception report) sur base des TdR et discussions avec le comité de pilotage.	Note de cadrage (Rapport de démarrage)	5 jours
5- Collecte de données, incluant la revue de littérature et activités de terrain.	Rapport succinct de collecte des données et présentation PPT des	20 jours
6- Analyse des données et préparation de la première version du rapport d'évaluation qui est discutée par le comité de pilotage et les observations fournies à l'équipe d'évaluation.	Draft Rapport	15 jours
7- Organisation d'un atelier technique élargi pour la discussion de la version provisoire du rapport.	Rapport de l'atelier relevant les observations clés.	3 jours
8- Soumission au comité de pilotage de la version quasi finale, prenant en compte les commentaires	Rapport quasi final	11 jours
9- Réunion du Comité de pilotage pour valider le Rapport	Compte rendu de la Réunion de comité de pilotage avec recommandations clé.	1 jour
10- Soumission du rapport final	Rapport final en français incluant un résumé complet de 3-4 pages.	2 jours
TOTAL		60 jours

APPROBATION DES TERMES DE REFERENCE (INTERNE)

Nom & Titre	Signature et date
Préparés par Section/Unité	 Tiana Razafimanantsoa 25.5.2021
Revus par la Section PME	 Pacifique N. Rety 25/05/2021
Visés par l'Unité Supply	Ismaila Sy  28/05/21
Amadou Alassane Cissé, Représentant Adjoint a.i, UNICEF Niger	 09.06.2021
Aboubacry Tall, Représentant a.i, UNICEF Niger	A. TALL  10/06/2021