

Programme de coopération Togo-UNICEF 2024-2026**TERMES DE REFERENCES****Recrutement d'une équipe d'Evaluation pour la conduite de l'Evaluation formatives sur l'approche communautaire au Togo****Durée de la prestation : 47 jours (chef(fe) d'équipe international) et 28 jours (chacun des deux consultant(e)s nationaux étalés sur une période de 5 mois****I. Objet de l'évaluation**

La population togolaise, recensée en 2022 à 8,1 millions d'habitants, est caractérisée par sa jeunesse, avec 48% ayant moins de 18 ans. Le taux de pauvreté monétaire des enfants a baissé entre 2018 et 2021 passant de 53,1% à 51,4%. Le taux de pauvreté multidimensionnelle des enfants est élevé à 51%, avec des disparités importantes entre le milieu rural (50,1%) et le milieu urbain (17,7%). L'indice de développement genre (0,849) confirme que les femmes et les filles restent plus vulnérables, avec moins d'accès à l'éducation, à la santé et autres services socio-économiques de base. Malgré les progrès observés, certains défis restent à relever, notamment un taux de pauvreté des ménages à 43,8% en 2021 et des disparités entre le milieu rural (63,6%) et le milieu urbain (31,5%).

Ces dernières années le Togo a progressé sur les indicateurs liés à l'enfance. Ainsi, la proportion d'enfants vaccinés au Pentavalent-3 est resté à un niveau élevé entre 2019 et 2023, passant de 92% à 93%, grâce aux stratégies d'accélération vaccinale. Les résultats en vaccination ont contribué à la tendance de réduction de la mortalité des moins de 5 ans, passant de 66,6‰ naissantes vivantes en 2019 à 62,6‰ en 2021.

Le taux de malnutrition aigüe globale dans les régions des Savanes et de la Kara, qui sont les plus affectées, a augmenté respectivement de 8,1% en 2017 à 9,8% en 2022, et de 6,5% à 7,3%, tandis que le taux de retard de croissance a diminué de 24,1% à 22,3% de 2019 à 2022. Cette situation s'explique en partie par la combinaison de facteurs chroniques et aigus, notamment dus aux effets de la crise Russo-Ukrainienne sur l'inflation et du débordement de la crise du Sahel.

La proportion de personnes pratiquant la défécation à l'air libre a diminué de 42,5% en 2019 à 39,5% en 2022 (61% en milieu rural contre 11% en milieu urbain), tandis que le taux d'accès aux services de base d'eau potable a augmenté de 67,8% en 2019 à 71% en 2022. Ces progrès ont permis de contribuer à la cohésion sociale dans un contexte où les enfants sont particulièrement à risque d'être affectés par le changement climatique. Toutefois, avec la croissance démographique le nombre de personnes pratiquant la défécation à l'air libre est resté stable depuis 2019, mettant en exergue le besoin de passer les interventions à l'échelle.

Au Togo, les soins de santé sont fournis aux populations dans les structures publiques et privées (qu'elles soient associatives, confessionnelles ou libérales). L'organisation des soins est pyramidale et à trois niveaux à savoir, le premier (périphérique), le deuxième (intermédiaire) et le troisième (central).

Les soins de premier niveau sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ; (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en

stratégie fixe et vers les populations ; (iii) l'Hôpital de district (HD) qui constitue le premier niveau de référence. Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les hôpitaux de région (Centres Hospitaliers Régionaux - CHR) et certaines spécificités régionales. Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

Le nombre de formations sanitaires est passé de 1 297 en 2019 à 1 320 en 2021 selon les résultats de la mise à jour de la carte sanitaire réalisée en 2021 puis à 2 152 en 2022. L'effectif total du personnel de santé du secteur public et privé en 2021 s'élève à 18 794 contre 18 372 en 2020 soit une augmentation de 422 agents. Les agents du secteur public sont estimés à 12 800 (68,11%) et ceux du secteur privé à 5 994 (31,89%) de l'effectif cumulé (Public/Privé). La disponibilité des services de soins de base varie d'une région à une autre en fonction des infrastructures, des ressources humaines et des intrants essentiels (médicaments, petit équipements, matériels de laboratoire).

Afin de répondre aux besoins de santé dans un contexte de croissance démographique, le gouvernement du Togo s'est engagé dans des initiatives communautaires visant à étendre la couverture des services tout en assurant leur qualité :

- La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant niveau communautaire (PCIMNE-c) ;
- L'approche Communauté amie des enfants et suivi en temps réel (CADE-STR) ;
- L'approche Périmètre brachiale familiale (PB familiales) ;
- Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (PCIMAS) ;
- L'approche Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) renforcée par l'approche Assainissement piloté par l'école (ATPE) ;
- L'initiative Crédit latrine avec une prise en compte de la thématique hygiène menstruelle ;
- Pratiques familiales essentielles (PFE) (2018) ;
- Stratégie d'engagement et dialogue communautaire ;
- Programme Elargi de Vaccination (PEV) : demande/offre de vaccination au niveau communautaire promouvant l'équité dans la vaccination.

Ces initiatives intégrant l'approche communautaire utilisent des stratégies novatrices qui visent une gestion efficiente du quotidien des communautés. Elles aident à une meilleure organisation de l'offre des services sociaux de base avec l'implication des membres de la communauté dans la promotion et l'adoption des pratiques favorables à leur propre bien-être.

La mise en place de ces l'approche communautaire nécessite au préalable l'enclenchement de la dynamique communautaire, qui consiste à enclencher l'interaction et la communication entre les différentes composantes d'une communauté, que sont le comité villageois de développement, comité cantonal de développement, les groupements des femmes et les Papas champions, en vue de l'habilitation de ses membres à considérer ces approches de manière durable, d'une plus grande solidarité dans la mise en commun des ressources et de son développement.

C'est ainsi que ces approches misent sur la reconnaissance et la valorisation du potentiel des individus, des réseaux sociaux, des milieux et des communautés en mettant l'emphase sur le partage des responsabilités individuelles et collectives dans la réponse aux besoins de la personne.

Toutefois, plusieurs évaluations ont relevé que les efforts déployés pour élargir la couverture en services sanitaires n'ont pas été toujours suivis d'une amélioration de la disponibilité des soins.

Cette évaluation de l'approche communautaire s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du programme de coopération Togo-UNICEF 2024-2026 et offrira une opportunité d'identifier les facteurs d'amélioration de ces approches sur la dimension d'accès aux services, de changement social et comportemental, et sur la durabilité des mécanismes en place. Tout ceci en prenant en compte le contexte national d'un point de vue programmatique, de priorités et d'opportunités de partenariats.

II. But de l'évaluation

Cette évaluation a deux buts principaux : la redevabilité et l'apprentissage.

- Concernant la redevabilité, cette évaluation rendra compte des résultats (prévus ou non) qui ont été atteints par l'application de l'approche communautaire auprès des partenaires financiers (redevabilité verticale) ainsi que des détenteurs de droit (redevabilité horizontale).
- Concernant l'apprentissage, cette évaluation :
 - i. Informera le développement et l'opérationnalisation de documents stratégiques dont le plan stratégique de santé communautaire ;
 - ii. Guidera les parties prenantes concernées à mieux intégrer les bonnes pratiques et les stratégies performantes de l'approche communautaire et à faciliter la mise à l'échelle de ce modèle.

Les utilisateurs et utilisations qui seront faites des conclusions et recommandations de cette évaluation sont listés dans le tableau ci-dessous.

N°	Utilisateurs de l'évaluation	Utilisation de l'évaluation
1	Gouvernement Togolais	<p>Les conclusions et recommandations permettront au gouvernement de concevoir des politiques et stratégies basées sur des évidences pour des interventions plus efficaces, efficientes avec des effets durables. Elles seront aussi utilisées pour définir les modalités de la collaboration avec l'UNICEF pour l'extension des domaines d'intervention et le renforcement de l'approche.</p> <p>Les organes gouvernementaux directement ciblés sont :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Le ministère de la Santé et de l'hygiène publique (MSHP) : les résultats de l'évaluation aideront notamment dans l'élaboration du prochain plan stratégique santé communautaire.➤ Le ministère de la planification du développement et de la coopération (MPDC) en tant que principal organe de coordination, pourra utiliser les résultats de cette évaluation dans le cadre de l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique du gouvernement en matière de planification du développement et dans l'élaboration du prochain document de Stratégie de Changement Social et Comportemental (SBC).➤ Le ministère de l'eau et de l'hydraulique villageoise (MEHV) ; le ministère des enseignements primaire, secondaire et technique (MEPST) et le ministère de l'action sociale, de la promotion de la femme et de l'alphabétisation (MASPFA), pourront répliquer ce modèle d'approche communautaire dans d'autres zones du pays.
2	Bureau de l'UNICEF au Togo	<p>Cette évaluation devrait permettre une meilleure compréhension des questions multisectorielles et intersectorielles relatives à la thématique de l'engagement communautaire pour une meilleure programmation et une meilleure approche de suivi prenant en compte les changements de perception des communautés.</p>

		<p>Elle pourra alimenter l'élaboration d'une stratégie de financement progressif des agents de santé communautaires par le budget de l'État (le ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de santé assumant la responsabilité de tous les agents de santé communautaires).</p> <p>Elle aidera également le bureau de l'UNICEF Togo à tirer profit des leçons apprises de ces interventions utilisant l'approche communautaire dans l'élaboration des principaux documents stratégiques tel que le document de programme pays (CPD) et Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable (UNSDCF).</p> <p>Elle permettra d'appuyer la mobilisation de ressources et renforcer la confiance et l'engagement des donateurs pour le bien-être des enfants au Togo.</p>
3	Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du centre	Les résultats de cette évaluation permettront au Bureau régional de mettre à la disposition des autres pays de la région (Afrique de l'ouest et du centre), des leçons apprises et modèle répliquables d'approche communautaire testés dans un environnement comparable.
4	Organisations à Base Communautaire	Cette évaluation permettra à ces organisations de définir une meilleure stratégie de coordination avec les Sociétés Civiles Nationales et Internationales en vue d'atteindre les différents objectifs ciblés et d'identifier les modalités concrètes de la collaboration stratégique.
5	Partenaires de mise en œuvre (ONG, OSC)	Ces organisations pourront intégrer (dans leurs pratiques quotidiennes) les bonnes pratiques identifiées au cours de l'évaluation et remédier aux limites relevées au cours de l'analyse.
6	Partenaires financiers	<p>Cette évaluation est un instrument de redevabilité auprès des donateurs.</p> <p>Ceux-ci pourront ainsi voire concrètement les résultats de leurs dons au développement dans l'amélioration des conditions de vie des enfants au Togo dans les régions de la Kara et des Savanes.</p> <p>De ce fait, cette évaluation sera un important outil de communication pour eux. Ils pourront également utiliser les leçons apprises ainsi que modèle d'approche communautaire mis en œuvre pour préciser leurs attentes en termes de stratégies d'exécution pour leurs futurs dons.</p>

III. Objectifs de l'évaluation

Le principal objectif de cette évaluation est d'apprécier dans quelle mesure l'application de l'approche communautaire multisectorielle dans les régions de la Kara et des Savanes a été déterminante dans l'amélioration des indicateurs relatifs à l'accès aux services sociaux de base et dans quelle mesure elle peut être répliquée (mise à l'échelle).

Pour ce faire, les objectifs spécifiques ci-dessous devront être atteints :

- Faire ressortir les résultats clés de l'application de l'approche communautaire dans les régions de la Kara et des Savanes ;
- Analyser les mesures de durabilité mises en place pour assurer la pérennisation des acquis de l'approche communautaire dans les régions de la Kara et des Savanes ;

- Construire une théorie de changement ou un cadre conceptuel de l'approche communautaire ;
- Capitaliser le processus de mise en œuvre des interventions pour faire ressortir un modèle clair et répliquable d'utilisation de l'approche communautaire ;
- Identifier les leçons apprises et bonnes pratiques au niveau stratégique et opérationnel
- Faire des recommandations pour le renforcement des résultats du programme

IV. Portée de l'évaluation

Portée thématique

L'évaluation va se focaliser sur l'approche communautaire mise en œuvre principalement par la composante du Programme Survie de l'enfant et l'unité SBC (Social Behaviour Change) avec une attention particulière vers les activités mise en œuvre dans les domaines de la santé, la nutrition, l'EHA (eau, hygiène, assainissement) et l'immunisation.

Seront considérées les initiatives ci-dessous utilisant l'approche communautaire :

i. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né niveau communautaire (PCIMNE-c)

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIMNE) est une stratégie OMS/UNICEF mise en œuvre dans les années 90 pour contribuer notamment à réduire la mortalité infanto-juvénile. Cette stratégie repose sur trois composantes essentielles : (i) les compétences des professionnels de santé à la prise en charge correcte des cas ; (ii) le système de santé (gestion des MEG, Référence et contre-référence, Supervision,) et (iii) les pratiques familiales et communautaires (CCC notamment entre les prestataires et les parents ; interventions communautaires pour la santé et le développement des enfants...). La troisième composante est la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant niveau communautaire (PCIMNE-c). La PCIME a été renommée PCIMNE au Togo en octobre 2006 pour une reconsidération accrue de la survie du nouveau-né.

Dans le cadre des interventions à base communautaire (IBC), le ménage constitue la première unité de soins et la mère ou la gardienne d'enfant le premier prestataire. L'opérationnalisation des acteurs au niveau de cette unité nécessite un suivi rapproché que fera l'ASC à travers les visites à domicile (VAD). L'ASC informe et incite au changement de comportement et vérifie le respect des pratiques familiales essentielles (PFE) de la PCIMNE Communautaire dans les ménages dont il a la charge de l'encadrement.

Le paquet de services offerts par l'ASC comprend cinq volets :

- 1^{er} volet : Activités promotionnelles
 - Communication pour le changement comportemental (CCC), mobilisation sociale pour la santé
 - Promotion de l'utilisation de l'eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement du milieu ;
 - Promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE)
 - Actions Essentielles en Nutrition au niveau Communautaire
 - Distribution de certains contraceptifs définis (pilule, préservatifs, injectables)
- 2^{ème} volet : Activités préventives
 - Distribution de moustiquaire à imprégnation durable (MID)
 - Actions Essentielles en Nutrition au niveau Communautaire
 - Participation à la vaccination
 - Surveillance communautaire des maladies à potentiel épidémique (MPE)
- 3^{ème} volet : Activités curatives

- PCIMNE-C (paludisme, Infection respiratoire aiguë sans complication, Malnutrition aiguë sévère, diarrhée)
 - Dépistage et référence de certaines maladies cibles (Tuberculose, Maladies Non Transmissibles)
- 4^{ème} volet : Activités de réadaptation à base communautaire
- Sensibilisation et éducation des communautés pour promouvoir la compréhension des besoins des personnes en situation de handicap
 - Formation des membres de familles et des aidants sur les soins aux personnes en situation de handicap
- 5^{ème} volet : Activités de Gestion
- Production de rapport
 - Gestion des intrants
 - Enregistrement des naissances
 - Organisation de réunions communautaires chaque semestre pour faire le bilan

ii. Approche Communauté amie des enfants et suivi en temps réel (CFC-RTM)

Face au fardeau de morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans au Togo, le ministère de la santé du Togo avec l'appui de l'UNICEF a mis en œuvre l'approche Communautés Amies des Enfants / Suivi en Temps Réel (CFC-RTM) depuis 2019. L'initiative « Communautés Amies des Enfants » ou CFC promeut une approche multisectorielle axée sur la communauté qui permet à celle-ci de s'investir elle-même dans les efforts visant à promouvoir, protéger et réaliser les droits des enfants à la survie, au développement et à la transformation dans le contexte des ODD.

Cette approche s'appuie sur des pratiques anciennes telles que les soutiens communautaires entre familles et la communauté en tant que lieu de transmission de connaissance de génération en génération/lieu de résolution des conflits pour renforcer les capacités des systèmes communautaires tout en s'attaquant aux principales contraintes en matière de gouvernance locale, de responsabilité/redevabilité, de multisectorialité, décentralisation, d'engagement communautaire et de fragmentation des efforts, et de disponibilité et qualité des données.

Elle vise à transformer chaque communauté en un refuge sûr où tous les enfants peuvent réaliser leur plein potentiel. L'approche des CFC ne vise pas à remplacer ou à créer une initiative ou des mécanismes parallèles, mais fournit plutôt un cadre conceptuel à travers une approche de convergence, qui renforcent les mécanismes et approches existants au niveau communautaire en lien avec les structures sanitaires.

La CFC comporte cinq piliers suivants : (i) Gouvernance locale et redevabilité, (ii) Système communautaire multisectoriel intégré, (iii) Services intégrés de qualité, (iv) Des partenariats locaux efficaces, (v) Suivi en temps réel.

Le paquet CFC au Togo comprend un large éventail d'interventions multisectorielles suivies dans les domaines de la Santé, la nutrition, le WASH et la protection de l'enfant.

Interventions prioritaires suivies pour l'enfant	Interventions prioritaires suivies pour les femmes enceintes et les nouveau-nés
Protection de L'Enfant ✓ Enregistrement des naissances Nutrition ✓ AME pendant 6 premiers mois de la vie ✓ Supplémentation en Vit A tous les 6 mois ✓ Déparasitage tous les 6 mois ✓ Diversification alimentaire	Pratiques Familiales Essentielles ✓ Promouvoir la CPN ✓ Promouvoir l'accouchement dans les FS ✓ Identifier les signes de danger ✓ Counselling nutritionnel ✓ Prise d'une supplémentation en FAF ✓ Dormir sous MILD

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le MUAC pour dépister la malnutrition <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilisation de MID ✓ Vaccination complète ✓ PCIMNE-c (Paludisme, IRA, Diarrhée, Malnutrition) <p>EHA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilité de latrines fonctionnelles ✓ Disponibilité du dispositif de lavage des mains ✓ Traitement de l'eau à domicile avec du chlore 	<p>Vérification soins prénatals offerts dans les FS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le respect des rendez-vous des Consultations Prénatales ✓ Vaccination contre le Tétanos ✓ Traitement préventif intermittent pendant la grossesse ✓ Disponibilité de carnet couple mère enfant <p>Vérification des soins postnatals - MÈRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Respect des RDV des Consultations Post-natales ✓ Signes de danger <p>Vérification soins postnatals – NN</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Respect des RDV des CPoN ✓ Interventions clés et signes de danger <p>Promotion de la Planification familiale</p>
--	---

iii. Approche Périmètre brachiale familiale (PB familiales)

L'approche périmètre brachial familial (PB familial) consiste à former les mères ou les gardiennes d'enfants de moins de 5 ans à surveiller l'état nutritionnel de leur enfant par la mesure du périmètre brachial et la recherche des œdèmes bilatéraux. Cette approche présente l'avantage de mettre les parents au centre de la stratégie de dépistage de la malnutrition, ces derniers étant les plus à même de détecter rapidement les premiers signes de malnutrition chez leurs enfants. La majorité des recommandations actuelles s'appuient sur les prestataires de soins et les Agents de Santé Communautaire (ASC) pour dépister avec le PB dans leur zone. Il est cependant rare que les enfants soient dépistés plus d'une fois par mois. Former les membres de la famille à mesurer régulièrement le PB et à vérifier la présence d'œdème pourrait donc améliorer considérablement la couverture des programmes et encourager une détection précoce, ce qui réduirait les risques de décès et de complications médicales nécessitant des soins hospitaliers coûteux.

Cette approche innovante de dépistage précoce de la malnutrition aigüe a été progressivement introduite dans les régions de la Kara et des Savanes depuis 2021. A ce jour, Elle est mise en œuvre dans tous les districts de la région des Savanes et 4 districts de la région de la Kara (Bassar, Assoli, Binah et Kéran).

iv. Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (PCIMAS)

La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère sans complications par les agents de santé communautaires fait partie des simplifications promues ces dernières années par l'UNICEF et des ONGs internationales intervenant en Nutrition. Cette approche est néanmoins mise en œuvre au Togo dans les régions de la Kara et des Savanes depuis 2008 à travers les sites "Community Therapeutic Centers" (CTC). Elle connaît un certain regain surtout dans la région des Savanes où tous les agents de santé communautaires ont été formés sur la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe sévère. Un certain nombre d'entre eux sont équipés en balance pour l'administration de l'Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi suivant le protocole national. Des efforts sont en cours pour équiper les ASC restant dans les Savanes.

v. ATPC-assainissement total piloté par la communauté

L'ATPC est une approche intégrée élaborée par l'UNICEF qui consiste à (i) encourager une communauté à analyser sa propre situation en matière d'hygiène et d'assainissement, ses pratiques en matière de défécation et leurs conséquences ; (ii) promouvoir des actions locales et collectives pour mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (DAL) et à la maintenir à travers l'auto-construction et l'utilisation des latrines par la communauté cible; (iii) mettre en place des actions de déclenchement au sein des institutions existantes tels que les écoles, les centres de Santé, les marchés et les gares routières et les lieux de cultes pour mettre fin à la pratique de la DAL dans leur environnement immédiat. La Fin de la Défécation à l'Air libre (FDAL) est vue comme le point de départ du changement de comportement en matière de prise en charge de l'hygiène, de l'assainissement et de la santé. L'UNICEF travaille plus sur le besoin, avec le marketing de l'assainissement qui est encore en phase de

prospection, ainsi que sur la gestion de la demande en termes de besoins manifestes des communautés en produits d'assainissement.

Le rôle des associations, des ONG, des groupements communautaires des agents de sante communautaires et des leaders naturels est primordial pour la mobilisation et les suivis post-déclenchement et post-FDAL au niveau communautaire à travers l'accompagnement des ménages durant tout le processus d'élimination de la DAL et pour le maintien du statut FDAL ainsi que la pérennisation des acquis des sur le long terme.

Durant tout le processus de mise en oeuvre de cette approche, des actions de renforcement des capacités desdits acteurs clés locaux sont assurées par les services techniques avec l'appui de l'UNICEF.

Plusieurs étapes sont nécessaires pour atteindre le statut de fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL) :

- 1) Préliminaire (Identification des sites, recrutement et formation sur l'approche ATPC) ;
- 2) Déclenchement institutionnel ;
- 3) Pré déclenchement ;
- 4) Déclenchement communautaire ;
- 5) Suivi post déclenchement ;
- 6) Evaluation du statut FDAL ;
- 7) Certification et célébration ;
- 8) Suivi post FDAL.

Au Togo, cette approche couvre davantage les régions des Savanes et de la Kara. Elle a été renforcée par l'initiative innovante de financement de l'assainissement « crédit latrine/Fonds Renouvelables » qui a permis sous le leadership des communes cibles de faciliter le financement des ménages manifestant d'intérêt à travers l'octroi de crédit à faible taux d'intérêt à travers des institutions de microfinance locales.

vi. Promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE)

Pour promouvoir les Pratiques Essentielles Familiales (PFE) mise en oeuvre dans les régions des Savanes et de la Kara, l'UNICEF a introduit l'approche communautaire qui s'inscrit dans un processus participatif et d'engagement des communautés. Ce qui a permis un changement social et comportemental durable pour la promotion des PFE.

L'approche comporte les étapes suivantes : 1) Les communautés retenues ont été briefées sur les principes et étapes de l'approche en rapport avec les PFE. 2) Chaque communauté a évalué ses propres niveaux actuels de compétence ainsi que les problèmes de santé évitables par les PFE au cours des dialogues communautaires. 3) Chaque communauté s'est accordée sur 2 ou 3 PFE prioritaires, le plan d'actions contenant le plan de suivi. 4) Les communautés ont mis en oeuvre leur plan avec un suivi et un accompagnement régulier d'une ONG. 5) Les communautés font leur propre évaluation périodiquement et tirent des leçons. 6) Les communautés procèdent à une nouvelle planification et échangent d'expériences et des leçons apprises.

vii. Stratégie d'engagement communautaire

La stratégie d'engagement communautaire a été développée dans quelques communautés (Communauté Engagée pour la Protection des Enfants) des régions de la Kara et des Savanes depuis 2017 pour les engager davantage à la protection des enfants. Avec la survenue de COVID-19, cette stratégie a été mise à échelle dans toutes les régions du pays. Elle consiste à autonomiser et accompagner les communautés dans l'identification et la résolution de leurs propres problèmes. C'est un processus qui nécessite plusieurs étapes et l'implication de plusieurs parties concernées : 1) Les leaders communautaires et les autorités locales sont briefés sur les principes de base et formés sur leurs responsabilités et redevabilités envers leurs populations. 2) Les acteurs de développement sont formés sur le processus d'engagement communautaire et sur l'organisation des dialogues communautaires. 3) Les communautés sont sélectionnées en fonction des problèmes de développement et les chefs communautaires sont informés. 4) Les animateurs de dialogues communautaires

sont identifiés dans chaque communauté concernée et formés sur l'animation des dialogues. 5) Les dialogues communautaires inclusifs sont organisés par les chefs communautaires en étroite collaboration avec les préfets, maires/conseillers communaux et les acteurs de développement. 6) Les plans communautaires de résolution des problèmes sont élaborés et mis en œuvre par les communautés. 7) Les autorités locales, les leaders communautaires et les acteurs de développement accompagnent les communautés dans la mise en œuvre des plans. 8) des réunions de suivi et des dialogues communautaires sont organisés pour actualiser les plans d'action communautaires.

viii. PEV (demande/offre vaccination au niveau communautaire ; équité dans la vaccination)

Dans le cadre du programme de développement durable à l'horizon 2030, établi par l'Organisation des Nations Unies, en vue de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge (Objectif 3), la vaccination compte parmi les indicateurs traceurs les plus efficaces pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte. L'équité est l'un des principes fondamentaux de la stratégie de vaccination, et la réduction des inégalités fait partie intégrante des cibles et des objectifs fixés. On s'emploie actuellement à réduire les inégalités rapidement et à atteindre les populations les plus difficiles d'accès, notamment les pauvres en milieu urbain, ceux qui vivent dans des zones de conflit et dans des régions rurales reculées, ou ceux qui sont marginalisés. Il devient essentiel de disposer d'un système de surveillance et de suivi rigoureux, expressément axé sur la ventilation des données, afin d'atteindre les objectifs de développement durable de l'ONU en matière de santé ainsi que les cibles du treizième programme général de travail (treizième PGT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ceci permet aux pays de muter de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) en approche Atteindre Chaque Communauté ou Chaque Enfant (ACE). L'approche ACE vise spécifiquement à réduire les inégalités dans la couverture vaccinale par la mise en œuvre de stratégies pour atteindre les enfants non vaccinés « zéro dose » et ceux vivant dans les communautés difficiles d'accès. Au niveau des Communautés, les agents de santé communautaires sont formés à l'identification des enfants au niveau des ménages. Ils aident à retrouver les enfants perdus de vue ou n'ayant jamais reçus de doses de vaccin dans la communauté. Avec l'appui des leaders communautaires, ils négocient la date de passage de l'équipe de vaccination du centre de santé dans la communauté et mobilise en conséquence les parents à faire vacciner les enfants. Pour cela l'Unicef en fin 2017 a appuyé à travers la Division de l'Immunisation la mise en place de l'approche de l'Equité dans la vaccination en prenant en compte 14 districts ayant des faibles couvertures en DTC3 (Pentavalent3) dits prioritaires. Cette approche permet de faire l'analyse des couvertures vaccinales en Pentavalent3 en faisant ressortir les données vaccinales de tous les districts ainsi que leurs accessibilités. Après l'identification les membres des équipes cadres districts comme région sont formés pour accompagner les communautés y compris les acteurs de la santé à l'analyse et l'identifications des problèmes liés à la vaccination. A la suite de cette analyse y issue un plan d'action validé à plusieurs niveaux : Communautaires, Formation sanitaires et districts. La mise en œuvre est appuyée par toutes les parties prenantes.

Portée géographique

La revue documentaire couvrira l'ensemble des actions mises en œuvre dans le cadre des initiatives ciblées. Toutefois, la collecte de donnée sera prévue uniquement dans les régions de la Kara et des Savanes (cf. annexe 1). Le nombre exact de localités (districts, préfectures, cantons) et sites à visiter sera déterminé par l'équipe de l'évaluation dans la note de cadrage conformément à la stratégie d'échantillonnage retenue (cette stratégie doit permettre de fournir des preuves robustes) et en lien avec la cartographie des approches (cf. annexe 2). Le choix des sites pourra se faire en étroite collaboration avec les partenaires d'exécution dans les deux régions et en fonction des conditions d'accès à la région des Savanes au regard de l'évolution de la situation sécuritaire.

Portée chronologique

L'évaluation couvrira toutes les activités mises en œuvre pour les interventions qui font l'objet de l'évaluation sur la période de janvier 2021 à décembre 2023.

V. Contexte de l'évaluation

Le Togo a adopté depuis 2009 sa Politique Nationale de Santé Communautaire après une large consultation des acteurs de secteurs sociaux de base et des partenaires qui appuient ces secteurs, notamment l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, GAVI Alliance et le Fonds Mondial. Sa mise en œuvre s'est faite à travers le plan stratégique 2010-2013. Afin de poursuivre de façon conséquente les efforts déployés en vue de mieux cerner les interventions à base communautaire, le ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) a dû reformuler la politique nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC) en mars 2015.

Cette nouvelle politique est mise en œuvre à travers le premier Plan Stratégique National (PSNIBC) 2016-2020 et le deuxième plan stratégique national des interventions à base communautaire 2021-2025. Ce dernier plan s'inscrit dans la vision de la feuille de route gouvernementale Togo 2025 qui met un accent particulier sur : (i) l'amélioration de l'accès aux soins primaires et de base ; (ii) l'implication des agents de santé communautaire en vue de renforcer le personnel de santé et (iii) la mise en place d'une couverture santé universelle.

Tout comme le plan précédent, l'objectif du nouveau plan stratégique national des interventions à base communautaire 2021-2025 est de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des individus, des familles, des communautés y compris les populations-clés et surtout des populations résidant en milieu rural. Plus précisément il s'agira (i) d'améliorer la qualité et la couverture géographique des IBC, (ii) de renforcer le rôle et la participation des communautés et des collectivités locales dans la gestion de la santé communautaire et (iii) de renforcer la coordination et la gestion des interventions à base communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La disponibilité en moins d'une heure des soins obstétricaux et néonataux est de 55 % à Kara et 75 % dans la région des Savanes. Le recours tardif aux soins est de 72 % des cas de diarrhée, 61 % des infections respiratoires aiguës et 46 % des cas de fièvre s'expliquent par l'insuffisance des revenus et des connaissances des parents. Le manque d'infrastructures, de ressources humaines qualifiées, de moyens de maintenance et la faible qualité des chaînes d'approvisionnement alourdissent un peu plus ces taux de mortalité.

L'UNICEF, à travers le programme de coopération, a apporté et continue d'apporter son appui au gouvernement Togolais pour la mise en œuvre desdits plans stratégiques IBC. L'UNICEF coordonne le sous-groupe de santé communautaire composé de l'Unité de Gestion des Projets du Fonds Mondial (Gouvernement) et des partenaires techniques et financiers (agences du Système des Nations Unies, Banque Mondiale, AFD, GAVI, GIZ, Organisation Ouest Africaine de la Santé, organisations de la société civile) pour le passage à l'échelle du paquet d'interventions à base communautaire.

Un certain nombre d'évidences couvrant certaines dimensions des initiatives ciblées ont été produites ces dernières années. De manière non exhaustive, il s'agit de : 1) une enquête endline de l'approche Communauté amie des enfants et suivi en temps réel (CADE-STR), 2) une évaluation formative du Résultat Clé pour les Enfants #8 (fin de la défécation à l'air libre), et 3) l'évaluation du CPD Togo-UNICEF 2019-2023.

VI. Critères de l'évaluation

L'évaluation de l'approche communautaire sera fonction de 4 des critères de l'OCDE ci-après : (i) la pertinence, (ii) l'efficacité, (iii) l'efficience, (iv) la durabilité ; et de deux critères supplémentaires relatifs aux (v) Droits humains, genre et équité et à la (vi) répliquabilité.

VII. Questions d'évaluation

L'équipe devra répondre aux questions suivantes afin d'atteindre le but de cette évaluation. Les questions (regroupées par critères) ont été développées conjointement par le Bureau Régional et les Bureaux Pays de l'UNICEF. Toutefois, l'équipe d'évaluation pourra proposer de reformuler certaines parmi lesdites questions dans leur proposition technique et, si recrutée pour ce mandat, les finaliser en collaboration avec le staff d'UNICEF lors de la phase de démarrage.

1. Pertinence

- 1.1. Dans quelle mesure les interventions sur le terrain ont répondu aux besoins identifiés des populations cibles et de manière adaptée à l'environnement socio-culturel ?
- 1.2. Dans quelle mesure les différentes stratégies de suivi-évaluation étaient-elles adaptées pour mesurer les résultats des approches, en prenant en compte les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité ?

2. Efficacité

- 2.1. Dans quelle mesure les interventions ont produit les résultats escomptés en termes d'accès aux soins et services de qualité au niveau communautaire ?
- 2.2. Quels sont les facteurs qui ont contribué à l'atteinte des objectifs des interventions ?
- 2.3. Quels sont les facteurs qui ont empêché l'atteinte des objectifs des interventions ? Quelles mesures correctrices, s'il y en avait, ont été adoptées pour mitiger les défis rencontrés ?
- 2.4. Quels sont les effets attendus/inattendus, positifs et négatifs que les interventions ont produit chez les détenteurs de droits ?
- 2.5. Dans quelle mesure est-ce que la mise en œuvre de l'approche communautaire a favorisé l'intersectorialité dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions ?

3. Efficience

- 3.1. Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et matérielles affectées à la mise en œuvre des initiatives prenant en compte l'approche communautaire ont été :
 - Suffisantes (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ?
 - Adéquates par rapport aux résultats escomptés ?
 - Déployées à temps ?
- 3.2. Dans quelle mesure est-ce que l'utilisation des ressources financières, humaines et matérielles a été optimisée (rapport coût/efficacité de la mise en œuvre) ?
- 3.3. Dans quelle mesure le réseau de partenariat établi par l'UNICEF et sa coordination a favorisé l'efficience des résultats escomptés ?

4. Durabilité

- 4.1. Dans quelle mesure les mécanismes communautaires mis en place dans le cadre des interventions sont-ils susceptibles de fonctionner de manière autonome ?
- 4.2. Dans quelle mesure le statut actuel des agents de santé communautaire (ASC) permet d'assurer la continuité des interventions au niveau des initiatives ciblées ?
- 4.3. Dans quelle mesure est-ce que le financement des ASC a été intégré dans le budget national ?
- 4.4. Dans quelle mesure est-ce que l'approche communautaire appliquées aux initiatives cibles a pris en compte la résilience aux chocs (climatiques, mouvements de population, sanitaires, conflits...) dans leur conception et mise en œuvre ?

5. Droits humains, genre et équité

- 5.1. Dans quelle mesure les interventions prennent en compte systématiquement les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité lors de leur :
 - conception,
 - suivi et
 - mise en œuvre ?
- 5.2. Dans quelle mesure les interventions ont permis de s'adresser aux groupes avec le plus de besoins d'accès au service de santé communautaire ?
- 5.3. Dans quelle mesure l'approche communautaire a permis de réduire les iniquités ?

6. Réplicabilité

- 6.1. Quels sont les modalités de répliquabilité de l'approche communautaire mises en œuvre au Togo ? Dans quelle mesure peuvent-ils être appliqués dans d'autres contextes thématiques (Education, Protection de l'enfant) ou géographique (au niveau national) ?

VIII. Méthodologie

L'évaluation sera menée selon une approche participative et inclusive qui pourra être combinée avec une approche centrée sur les enfants¹. Elle sera orientée vers la production de preuves tangibles permettant de : (i) faire ressortir les avancées et résultats des interventions sur la vie des populations cibles ; (ii) guider les réflexions sur les orientations stratégiques (mise à l'échelle des interventions, intersectorialité, planification stratégique) ; (iii) affiner les mécanismes de mise en œuvre de l'approche communautaire adaptée à chacune des initiatives objet de cette évaluation.

Compte tenu de l'orientation thématique, il est prévu que l'évaluation propose des cadres spécifiques liés au changement de comportement social et à l'influence des normes sociales (tels que le cadre ACT² ou le « Social Behaviour Change Drivers » model³), et à la mise en œuvre des approches de santé communautaire (tels que le cadre de performance des agents communautaires⁴). L'équipe d'évaluation devra également faire référence explicite à des cadres de répliquabilité ou de mise à l'échelle pour guider la prise de décision de manière informée sur les orientations possibles d'expansion, d'extension ou d'amélioration.

En ce qui concerne la Convention relative aux droits de l'enfant, l'équipe d'évaluation devra proposer un engagement adéquat des enfants et des adolescents tout au long du processus d'évaluation (comme la « cartographie corporelle », le « cadre H », le « ballon d'air » ou tout autre type de méthodologies préférées par l'équipe d'évaluation).

L'évaluation sera basée sur une méthodologie mixte (quantitative et qualitative) à forte composante qualitative de collecte et d'analyse des données auprès des principales parties prenantes escomptés (y compris les détenteurs de droits impliqués) et des acteurs clés impliqués dans le processus de mise en œuvre des différentes des initiatives objets de l'évaluation. Elle se reposera également sur l'analyse secondaire de la littérature existante et de la documentation mise à disposition des consultants.

¹ Convention relative aux droits de l'enfant : <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>

² [The ACT Framework Package: Measuring Social Norms Around Female Genital Mutilation | UNICEF](#)

³ <https://www.unicef.org/mena/media/4891/file/MENA-C4D-Report-May2019.pdf.pdf>

⁴ <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0422-0>

La population cible prend en compte les principaux acteurs de la mise en œuvre, notamment :

- Les détenteurs de droits (bénéficiaires), y compris les adolescents ;
- Le personnel d'UNICEF (Santé, Social Behaviour Change, WASH, Immunisation, Nutrition, PME) au niveau du bureau pays du Togo et du Bureau Régional ;
- Le personnel des ministères chargés de la santé et de l'eau y compris les directions régionales de la Kara et de Savanes de ces deux ministères ;
- Le personnel de l'Agence Nationale de la Protection Civile (ANPC) ;
- Partenaires techniques et financiers (PTF) ;
- Les Agents de santé Communautaires (ASC) ;
- Les Organisations de la Société Civile (OSC) impliquées dans la mise en œuvre ;
- Les partenaires locaux d'exécution ;
- Les leaders communautaires.

Le but d'utiliser plusieurs méthodes (y compris certaines centrées sur les enfants telles que la cartographie corporelle et le Cadre H dont l'utilisation est fortement recommandée) est de trianguler les données provenant de différentes sources et méthodes (pour chaque question) afin de formuler chaque constat et d'apporter des réponses les plus pertinentes et crédibles aux questions d'évaluation.

Pour renforcer la rigueur de l'évaluation, l'équipe d'évaluation élaborera, au cours de la phase de démarrage, des rubriques pour chacun des indicateurs figurant dans la matrice d'évaluation et chaque question devra être traitée par au moins trois méthodes et sources différentes.

La méthodologie d'évaluation pourra utiliser les méthodes suivantes :

Examen documentaire des études et rapports existants (interne et externe à l'UNICEF), y compris l'examen des stratégies, politiques, cadres logiques et autres documents pertinents du programme, afin de générer des informations complètes permettant d'affiner et de développer les présents termes de référence et d'élaborer les rapports initiaux ;

Entretiens avec les informateurs clés : entretiens en face à face avec les chefs communautaires et religieux, d'autres chefs influents, les autorités locales décentralisées au niveau du district et de la région, les agences de mise en œuvre et les responsables de radios.

Discussions de groupe : elles incluront des soignants et des parents, des membres de la communauté dans son ensemble, des membres d'associations, des enfants et des jeunes, des agents de santé communautaires et d'autres groupes formés par les partenaires chargés de la mise en œuvre.

Observations liées à la qualité des infrastructures et des services : ces observations pourront être effectués sur un échantillon de sites qui seront sélectionnés sur des critères précis.

Atelier de validation comprenant une session de retour d'information : pour examiner et valider les conclusions et les recommandations avec les parties prenantes concernées et assurer l'utilisation de l'évaluation. Ce dialogue multipartite sera également l'occasion de valider la théorie du changement reconstruite du programme de partenariat radiophonique en question.

Cas d'études : compte tenu de la multiplicité des interventions, l'évaluation devra inclure plusieurs cas d'études démontrant les bonnes pratiques identifiées en termes d'accès à des services de qualité et d'effets sur le bien-être des enfants. Les critères de choix et perspectives seront discutés avec le Bureau Pays et le Groupe de Référence.

Une méthodologie d'évaluation plus détaillée sera proposée par le cabinet, en prenant en compte les différences parmi les parties prenantes, en termes d'âge, de genre, d'handicap et autres critères jugés pertinents. Le cabinet proposera ainsi la méthodologie (y compris la stratégie d'échantillonnage et d'analyse) et les étapes de l'évaluation dans son offre technique. Il est attendu que les méthodes et l'échantillonnage proposées pour apprécier les effets des interventions sur les connaissances et compétences des enfants soient suffisamment robustes pour assurer la crédibilité et validité interne des résultats de l'évaluation. Pour cela, l'échantillonnage devra se faire au regard des populations cibles définies et de la portée géographique tout en respectant le concept de saturation d'idée théorique. Le cabinet est fortement encouragé à proposer l'utilisation des méthodes centrées sur les enfants dans leur proposition technique.

Les données et les documents existants sur les programmes seront mis à disposition de l'équipe d'évaluation par le personnel de l'UNICEF avant le démarrage de la consultation. Le cabinet présentera une note de cadrage de l'évaluation avec une méthodologie détaillée, qui inclura des éléments quantitatifs (analyse des données secondaires) et qualitatifs (données primaires et secondaires), conçus pour répondre avec précision aux questions de l'évaluation. Dans le but de démontrer que l'équipe d'évaluation a bien saisi l'approche communautaire au sein de l'UNICEF Togo 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. La note de cadrage 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 des mesures pour garantir au processus d'évaluation une assise éthique, et de protéger la confidentialité, la dignité et les droits de ceux qui participent à l'évaluation.

L'évaluation sera menée selon les [normes et standards](#) d'évaluation du Groupe de l'Evaluation des Nations Unies (UNEG). Elle intégrera de manière spécifique les droits humains, le genre et l'équité, y compris les questions liées au handicap et sera conduite conformément au [code de conduite](#), [guide d'éthique](#), à la [CRC](#), aux [directives concernant la recherche éthique impliquant les enfants \(ERIC\)](#) ainsi qu'aux [directives de l'UNEG](#) en matière d'intégration des droits humains et de l'égalité des sexes aux évaluations. Un accent particulier sera mis sur la conformité des livrables avec les standards du GEROS. Faute d'une intégration adéquate des directives de l'UNEG susmentionnées ainsi que des critères de l'UNICEF en matière de qualité des rapports d'évaluation (GEROS)⁵, les livrables ne seront pas acceptés par l'UNICEF.

Le rapport d'évaluation sera d'au plus 50 pages et intégrera un résumé exécutif d'au plus 5 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'UNICEF en matière de qualité des rapports d'évaluation (GEROS)⁶. Dans ce but, le Bureau Régional partagera avec les consultants le canevas pour la rédaction de chacun des livrables de ce mandat. 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.

⁵ UNEG Quality Checklist for Evaluation Reports: <http://www.uneval.org/document/detail/607> ; GEROS handbook : <https://www.unicef.org/evaluation/documents/global-evaluation-report-oversight-system-geros-handbook-2020>

⁶ <http://www.uneval.org/document/detail/607>

Afin d'accroître son utilisation, les principales conclusions et recommandations de l'évaluation seront diffusées sous forme de notes de synthèse ou policy brief. L'atelier de validation des résultats de l'évaluation servira d'opportunité pour élaborer, de manière participative, le plan d'action pour la mise en œuvre des principales recommandations de l'évaluation ou « management response ». Il est également attendu du cabinet de proposer des actions innovantes permettant la dissémination des résultats de l'évaluation en fonction des caractéristiques de chacune des parties prenantes cibles de l'évaluation.

IX. Plan de travail de l'évaluation

9.1 Profil de l'équipe de consultants

L'évaluation sera réalisée par un cabinet qui aura la charge de recruter une équipe de trois consultants ayant une solide expertise et une riche expérience dans le domaine de l'évaluation au niveau national et international. L'équipe devrait également avoir une bonne connaissance du contexte national Togolais, des secteurs de la santé publique, nutrition et du WASH (eau, hygiène, assainissement), particulièrement en ce qui concerne les interventions à base communautaire. Les membres de l'équipe travailleront en étroite collaboration pour la coproduction et la mise en œuvre d'une méthodologie et d'une démarche appropriées pour la réponse aux questions d'évaluation et l'atteinte des résultats escomptés. L'équipe d'évaluation sera constituée d'un chef d'Equipe International chargé de la coordination de l'équipe et par 2 consultants nationaux spécialisés en santé publique et en SBC (changement social et comportemental).

9.1.1 Le Chef d'Equipe (international)

Le Chef d'Equipe assurera la coordination de l'équipe d'évaluation et veillera à assurer le design de l'évaluation, le pilotage du processus évaluatif, l'assurance qualité et la délivrance des produits attendus en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe. Il/Elle devra conduire l'évaluation selon une approche favorable au transfert des compétences aux cadres nationaux membres de l'équipe d'évaluation. Il/Elle est comptable de la bonne tenue du processus d'évaluation, de sa finalisation et de la mise à disponibilité des livrables dans les délais. Il/elle devra avoir le profil suivant :

Qualifications du Chef d'Equipe

- Un diplôme universitaire supérieur (minimum BAC+5) en évaluation, santé publique, sociologie, anthropologie, coopération internationale ou autre domaine des sciences sociales est requis ;
- Solide expérience (au moins 8 ans) dans l'évaluation de programme (dont au moins 4 ans dans le domaine des interventions à base communautaire) ;
- Expérience dans la collecte de données et les techniques d'analyse qualitative et quantitative ;
- Expérience avérée dans la réalisation d'évaluations (la version électronique d'une évaluation récente dont le/la consultant(e) a été le principal(e) auteur devra être présentée au moment de la soumission de l'offre) ;
- Expérience de travail en Afrique de l'Ouest, particulièrement au Togo où l'évaluation sera menée sera un atout ;
- La connaissance et la compréhension des programmes de développement en Afrique de l'Ouest et plus spécifiquement au Togo sera un atout ;
- Expérience de travail avec un large éventail de parties prenantes (Organisation de la Société Civile, gouvernement, agences de développement international, etc.) par le biais d'une approche consultative ;
- Capacité avérée de livrer efficacement et dans les délais et la volonté d'obtenir des résultats ;
- Aptitude avérée à travailler de façon autonome avec des conseils et une supervision au besoin ;
- Avoir l'esprit analytique et de recherche ;

- D'excellentes compétences rédactionnelles en français et la maîtrise de l'anglais est un atout.

9.1.2 Les autres membres de l'équipe d'évaluation

Il est attendu que d'autres experts participent à la réalisation de l'évaluation. Les autres membres de l'équipe assureront la collecte et l'analyse des données nécessaires à l'évaluation en étroite collaboration avec le Chef d'Equipe. Ils contribueront également aux différentes étapes du processus évaluatif et devront avoir le profil suivant :

a. Un consultant national spécialiste en programme de Santé publique. Les personnes proposées devront avoir les qualifications suivantes :

- Avoir au moins un niveau BAC + 5 en santé publique ou autre domaine connexe ;
- Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans le domaine de la gestion et de l'évaluation de programme et projet dans le secteur la santé en particulier, surtout à base communautaire ;
- Avoir une connaissance avancée de la problématique de la santé communautaire dans le contexte national y compris dans les situations d'urgence ;
- Avoir une maîtrise des méthodes quantitatives et qualitatives de collecte et d'analyse des données ;
- Avoir une bonne capacité de communication orale et écrite en Français. La connaissance des langues locales (Kabyè, Bassar, Losso, Moba, Kotokoli, Gangan, Tchokossi et Ewe) serait un atout ;
- Avoir une bonne capacité d'analyse, de synthèse et de rédaction.

b. Un consultant national spécialiste en programme en SBC (changement social et comportemental). Les personnes proposées devront avoir les qualifications suivantes :

- Avoir au moins un niveau BAC + 5 en sociologie, anthropologie ou autre domaine des sciences sociales;
- Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans le domaine de la gestion et de l'évaluation des programmes et projets à dimension communautaire ;
- Avoir une connaissance des mécanismes et déterminants des changements sociaux et comportementaux au sein d'une population, y compris en situations d'urgence. Être capable d'analyser les dynamiques socio-culturels et les facteurs de changements ;
- Avoir une parfaite maîtrise des méthodes quantitatives et qualitatives de collecte et d'analyse des données ;
- Avoir une bonne capacité de communication orale et écrite en Français. La connaissance des langues locales (Kabyè, Bassar, Losso, Moba, Gangan, Tchokossi et Ewe) serait un atout ;
- Avoir une bonne capacité d'analyse, de synthèse et de rédaction.

Les équipes mixtes de consultants nationaux et internationaux intégrant des femmes sont vivement encouragées. Le cabinet est libre d'intégrer d'autres ressources humaines locales pour faciliter la réalisation de l'évaluation, particulièrement les échanges avec les communautés bénéficiaires de ces approches.

9.2 Plan de travail provisoire

La durée de la consultance sera de 5 mois débutant en juillet 2024 et consistera en trois phases principales telles que décrites dans le tableau indicatif ci-dessous. L'équipe d'évaluation devra proposer un plan de travail détaillé indiquant clairement les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe dans la proposition technique.

Activités	Jours de travail
-----------	------------------

Phase de Préparation	Chef d'Equipe	Consultant Santé publique	Consultant SBC
<i>Réunion initiale (par Teams)</i>	0,5 jour	0,5 jour	0,5 jour
<i>Revue de la littérature et entrevues préliminaires</i>	5 jours	1 jour	1 jour
<i>Elaboration et soumission de la note de cadrage y compris la définition de méthodologie et les outils de collecte de données</i>	8 jours	5 jours	5 jours
<i>Révision de la note de cadrage sur la base des commentaires du Comité technique de l'évaluation*</i>	4 jours	1 jour	1 jour
<i>*Le livrable pourrait faire l'objet de jusqu'à 3 révisions afin d'assurer la conformité du livrables avec les standards UNEG, GEROS et les orientations d'UNICEF WCARO</i>			
Phase de Collecte des données dans le pays			
<i>Rencontre avec le staff de l'UNICEF et les autres parties prenantes</i>	5 jours	5 jours	5 jours
<i>Visites de terrain et collecte des données auprès des détenteurs de droit et partenaires</i>	10 jours	10 jours	10 jours
<i>Débriefing auprès des parties prenantes (présentation PPT)</i>	1 jour	1 jour	1 jour
<i>Analyse des donnée, Elaboration et soumission d'un rapport préliminaire (Draft 0)</i>	5 jours	2 jours	2 jours
Phase de Rédaction du Rapport			
<i>Elaboration et soumission de la version révisée du rapport (Draft 1) intégrant les commentaires du Comité technique. Le rapport devra inclure un résumé exécutif et une présentation en format PPT</i>	5 jours	2 jours	2 jours
<i>Présentation des résultats facilité par l'équipe d'évaluation</i>	0,5 jour	0,5 jour	0,5 jour
<i>Elaboration et soumission de la version finale du rapport (Draft 2) intégrant les commentaires ultérieurs du Comité technique*</i>	2 jours	0 jour	0 jour
<i>*Le livrable pourrait faire l'objet de jusqu'à 3 révisions afin d'assurer la conformité du livrables avec les standards UNEG, GEROS et les orientations d'UNICEF WCARO</i>			
<i>Elaboration et soumission d'une note de synthèse et d'un plan de dissémination des résultats de l'évaluation</i>	1 jour	0 jour	0 jour
Total	47 jours	28 jours	28 jours

9.3 Livrables

1. Une **note de cadrage** ou « inception report » présentant la méthodologie détaillée d'évaluation. Cette note sera articulée autour des principaux points suivants :
 - a. Introduction présentant l'objet d'évaluation, le but, la portée et les objectifs de l'évaluation ;
 - b. Contexte de l'évaluation y compris les résultats préliminaires de la revue documentaire ;
 - c. Les critères et questions d'évaluation affinées à partir de la revue documentaire et des entretiens préliminaires ;

- d. Méthodes de collecte des données y compris l'échantillonnage et la prise en compte des considérations éthiques ;
 - e. Méthodes d'analyse des données ;
 - f. Matrice d'évaluation présentant pour chaque critère et chaque question d'évaluation, les indicateurs, les méthodes de collecte et les sources de données correspondantes ;
 - g. Limites de l'évaluation ;
 - h. Plan de travail indicatif et la matrice des rôles et responsabilités de l'équipe d'évaluation ;
 - i. Structure proposée pour le rapport final en conformité avec les standards UNEG ;
 - j. Annexe : Liste des principaux documents revus, ensemble des outils proposés pour la collecte des données, liste des informateurs clés et sites à visiter.
2. **Une présentation PPT des conclusions préliminaires.** Cette présentation sera discutée à l'occasion de l'atelier de restitution des résultats de l'évaluation vers la fin de la mission sur le terrain. La présentation PPT sera par ailleurs actualisée et remise en même temps que le rapport final.
 3. **Un rapport provisoire:** présentant l'ensemble des constats, conclusions et recommandations de l'évaluation. Le contenu du rapport d'évaluation sera conforme aux [normes de l'UNICEF](#) et devra répondre aux standards utilisés pour l'évaluation indépendante de la qualité des rapports d'évaluation de l'UNICEF (méta-évaluation) à travers le [GEROS](#). Chaque constat, conclusion et recommandation devra être numéroté et lien entre les uns et les autres devra être bien explicite dans la section des conclusions et recommandations.
 4. **Un rapport final d'évaluation.** Ce produit sera d'au plus 50 pages et intégrera un résumé exécutif d'au plus 5 pages ainsi que la théorie du changement de l'approche communautaire. Le contenu du rapport d'évaluation devra être conforme aux normes et standards de qualité de l'UNEG mentionnés par les présents TdR et devra surtout répondre aux critères de l'UNICEF en matière de qualité des rapports d'évaluation (GEROS).
 5. **Une note de synthèses** d'au plus 5 pages qui servira d'outil de dissémination des principales conclusions et recommandations de l'évaluation.

Tous les livrables sus-mentionnés devront être présentés en Français. Il sera également demandé au cabinet de se rendre disponible pendant la collecte des données afin de fournir des mises à jour régulières durant le processus de collecte des données.

Il est à noter que les directives et canevas pertinents seront partagés avec l'équipe d'évaluation lors de la réunion de lancement. Il s'agit notamment des documents suivants : i) Directives de l'UNICEF pour l'élaboration de la matrice d'évaluation, ii) Canevas de rapport de démarrage, iii) Canevas de rapport d'évaluation, iv) Note technique de Bureau Régional UNICEF de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sur la formulation des leçons apprises et des bonnes pratiques.

9.4. Gestion de l'évaluation

Le gestionnaire de l'évaluation : Le spécialiste de planification, suivi et évaluation du bureau de l'UNICEF au Togo sera le gestionnaire de l'évaluation. Ceci contribuera à la préservation de l'indépendance de l'évaluation. Le gestionnaire doit s'assurer du respect des normes et standards de l'UNICEF ainsi que du respect des normes de qualité⁷. Il sera le point focal de l'équipe d'évaluation et sera responsable de la validation des documents. Il veillera également à ce que le groupe de référence de l'évaluation soit informé de l'état d'avancement de l'évaluation.

⁷ <http://www.unevaluation.org/document/detail/1914>; <http://www.unevaluation.org/document/detail/607>

Le Contrôle de qualité de l'évaluation sera effectué au moyen d'une revue des TdR, de la méthodologie et des rapports et assuré par *le gestionnaire de l'évaluation* en coordination avec le groupe de référence et le bureau régional de l'UNICEF pour garantir la qualité.

Le groupe de référence sera présidé par le ministère de la santé et de l'hygiène public (MSHP). Le groupe sera principalement composé des acteurs étatiques d'intérêt, des laboratoires identifiés au sein des universités de Kara et Lomé, des organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers. Le secrétariat de ce comité sera assuré par le gestionnaire de l'évaluation.

Le conseiller régional en évaluation du Bureau pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre contribuera à l'assurance qualité des livrables de l'évaluation.

9.5. Principes de conduite éthique de l'évaluation

L'évaluation de l'approche communautaire 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 (e) ou entre le consultant (e) et les responsables 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.** L'évaluateur se devra de mettre en évidence les questions qui ne sont pas expressément mentionnées dans les TdR, afin d'obtenir une analyse plus complète du partenariat.
- **Indépendance.** Le consultant doit veiller à rester indépendant vis-à-vis du programme examiné, et il ne devra pas être associé 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 moment 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.** Le/la consultant (e) se doit de garantir l'exactitude des informations recueillies lors de la préparation des rapports et sera responsable de l'information présentée dans le rapport final.
- **Propriété intellectuelle.** En utilisant les différentes sources d'information, le consultant se doit de respecter les droits de propriété intellectuelle des institutions et des communautés examinées.
- **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, les sanctions prévues dans les présents termes de référence s'appliqueront.

9.6. Conditions de travail

Cet exercice d'évaluation s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du programme de coopération entre le gouvernement du Togo et l'UNICEF. De ce fait, les arrangements administratifs et financiers se feront suivant

les règles et les procédures du système des nationaux Unies. Le paiement des honoraires se fera en fonction des produits validés par l'UNICEF comme suit :

- 40% à la validation du rapport de démarrage/note de cadrage.
- 30% à la soumission du premier draft du rapport.
- 30% à la soumission du rapport final valide.

Les ressources matérielles et logistiques nécessaires au bon déroulement des travaux, tels que bureaux avec équipements informatiques, véhicule et chauffeur pour les missions de terrain seront à la charge du cabinet. Après validation de la méthodologie et du chronogramme des activités (assorties du budget détaillé) à travers la note de cadrage, les fonds nécessaires à la collecte de données incluant les autres tâches seront mis à la disposition du cabinet. En outre les appuis logistiques seront pris en charge directement par l'UNICEF lorsqu'il s'agira par exemple d'organiser l'atelier de validation. Par ailleurs, le cabinet devra soumettre des offres financières claires et précises prenant en compte les frais de mission dans les régions lors de la collecte des données.

Recours de l'UNICEF en cas de performance insatisfaisante :

Les paiements seront effectués pour les travaux achevés de manière satisfaisante et acceptés par l'UNICEF.

9.8. Documents à soumettre dans l'offre

Les propositions techniques et financières seront reçues exclusivement par mail à l'adresse : tgosupply@unicef.org.

Les propositions financières doivent être protégées par un mot de passe qui ne sera communiquées que sur demande de UNICEF.

NB : UNICEF ne demandera les mots de passe que pour les propositions techniques retenues. Aucune information sur le prix ne doit figurer dans l'offre technique.

a) Une Proposition Technique qui devra inclure les documents suivants :

- Une présentation de la structure et des expériences pertinentes dans le domaine de l'évaluation dans un maximum de 5 pages ;
- Une copie du CV de chaque consultant(e) d'au maximum 3 pages par personne ;
- Un exemplaire d'un rapport de l'évaluation récent rédigé par le/la consultant(e) principal(e) ;
- Une note méthodologique (maximum 20 pages sans annexes) qui devra démontrer :
 - La compréhension des termes de référence (y compris des buts et des objectifs) et des propositions d'ajustement le cas échéant ;
 - Le cadre théorique de l'évaluation, les méthodes de collecte et d'analyse des données y compris la stratégie d'échantillonnage que l'équipe estime pertinentes lorsque cela est requis afin de répondre aux questions de l'évaluation incluses dans les termes de référence ;
 - Des justifications valides pour l'utilisation de chacune des méthodes de collecte et d'analyse identifiées ;
 - Un plan de travail y compris une définition claire des rôles et responsabilités par membre de l'équipe d'évaluation et vis-à-vis des parties prenantes.

Ce document demeure un document technique et pas une lettre de motivation. Par ailleurs, cette note méthodologique ne devra pas répliquer le contenu d'aucune section des termes de référence à l'exception des questions d'évaluation.

b) Une offre financière

L'offre financière doit être présentée sous forme d'un budget détaillé avec ventilation par catégorie, item et cout unitaire le cas échéant. Le budget détaillé devra être cohérent et refléter la mobilisation des ressources humaines nécessaire à l'étude (Homme/jour/étapes). Le contrat sera émis pour un montant forfaitaire correspondant au total identifié, avec un calendrier de paiement par produit. L'offre financière devra être présentée séparément de l'offre technique et ne sera examinée que pour les candidats dont l'offre technique est jugée techniquement valable (ayant obtenu un score minimal de 49 points). L'offre devra être soumise en dollars américains et le montant total de l'offre (tout frais inclus) devra être indiqué.

L'offre financière devra suivre le plan suivant :

1. Rémunérations (honoraires des consultants) ;
2. Frais remboursables (ex : transport local, billet d'avion, frais de subsistance/perdiem, hébergement, etc.) ;
3. Frais divers (ex : frais de communication, rédaction et reproduction de rapport, etc.).

Les propositions seront évaluées sur la base des critères indiqués dans le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 1: Critères de l'évaluation des propositions

Numéro	Critères d'appréciation	Sous critères d'appréciation	Notes détaillées	Notes totales
1	Compréhension des termes de référence	Compréhension des termes de référence (adéquation de l'offre technique vis-à-vis des TDR, appropriation et propositions éventuelles d'ajustement des TDR)	5	5
2	Methodologie	Cadre méthodologique de référence pour la réponse aux questions d'évaluation <i>(selon la pertinence du cadre proposé pour la réponse aux questions d'évaluation, de la matrice d'évaluation)</i>	12	29
		Méthodes de collecte des données y compris l'échantillonnage <i>(selon la pertinence et la cohérence de la proposition pour la réponse aux questions d'évaluation)</i>	10	
		Méthodes d'analyse des données <i>(selon la pertinence et la cohérence de la proposition pour la réponse aux questions d'évaluation)</i>	7	
3	Capacité d'organisation de l'équipe d'évaluation pour l'exécution du mandat	Plan de travail de l'évaluation <i>(selon la pertinence des activités et du chronogramme proposé pour la délivrance des produits attendus)</i>	6	12
		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>	6	
4	Expertise et Expérience du consultant principal	Expertise du/de la consultant€ principal€ <i>(selon l'expertise en évaluation en général et en évaluation basée sur l'équité, les droits humains et le genre)</i>	6	12
		Expérience du/de la consultant€ principal€ <i>(selon la qualité du rapport soumis dans le cadre de la proposition, cela aidera à estimer l'expérience dans le domaine de l'évaluation en général et dans le domaine thématique ciblé en particulier et en tant que chef d'équipe d'évaluation)</i>	6	
5	Expertise et Expérience des autres	Expertise des autres membres de l'équipe d'évaluation <i>(selon l'expertise dans le domaine thématique ciblé, la connaissance du contexte et la maîtrise des méthodes d'évaluation et de recherche)</i>	6	12

	membres de l'équipe d'évaluation	Expérience des autres membres de l'équipe d'évaluation (selon l'expérience dans le domaine de l'évaluation en général et dans le domaine thématique ciblé au niveau national)	6	
Note totale attribuée à l'offre technique				70
Note totale attribuée à l'offre financière				30
Note globale				100

Le seuil d'éligibilité pour le passage à l'examen de l'offre financière est fixe à **49/70**. Seuls les cabinets ayant obtenu la note minimale de 49 points à l'issu de l'évaluation technique seront éligibles à l'évaluation financière.

L'évaluation financière est faite en tenant compte des écarts obtenus entre chaque offre de prix : l'offre la moins chère obtient trente (30) points. La notation des autres offres s'effectuera en application de la formule suivante :

$\text{Note de la proposition X (NF)} = \frac{30 * \text{Montant de l'offre financière le moins disant (Mm)}}{\text{Montant de l'offre considérée X (M)}}$
--

Mm= montant de l'offre financière le moins disant,
M= Montant de l'offre considérée pour la proposition X

Les offres financières des soumissionnaires n'ayant pas obtenu la note de qualification technique sont retournées non ouvertes.

La note finale des offres est obtenue ainsi :

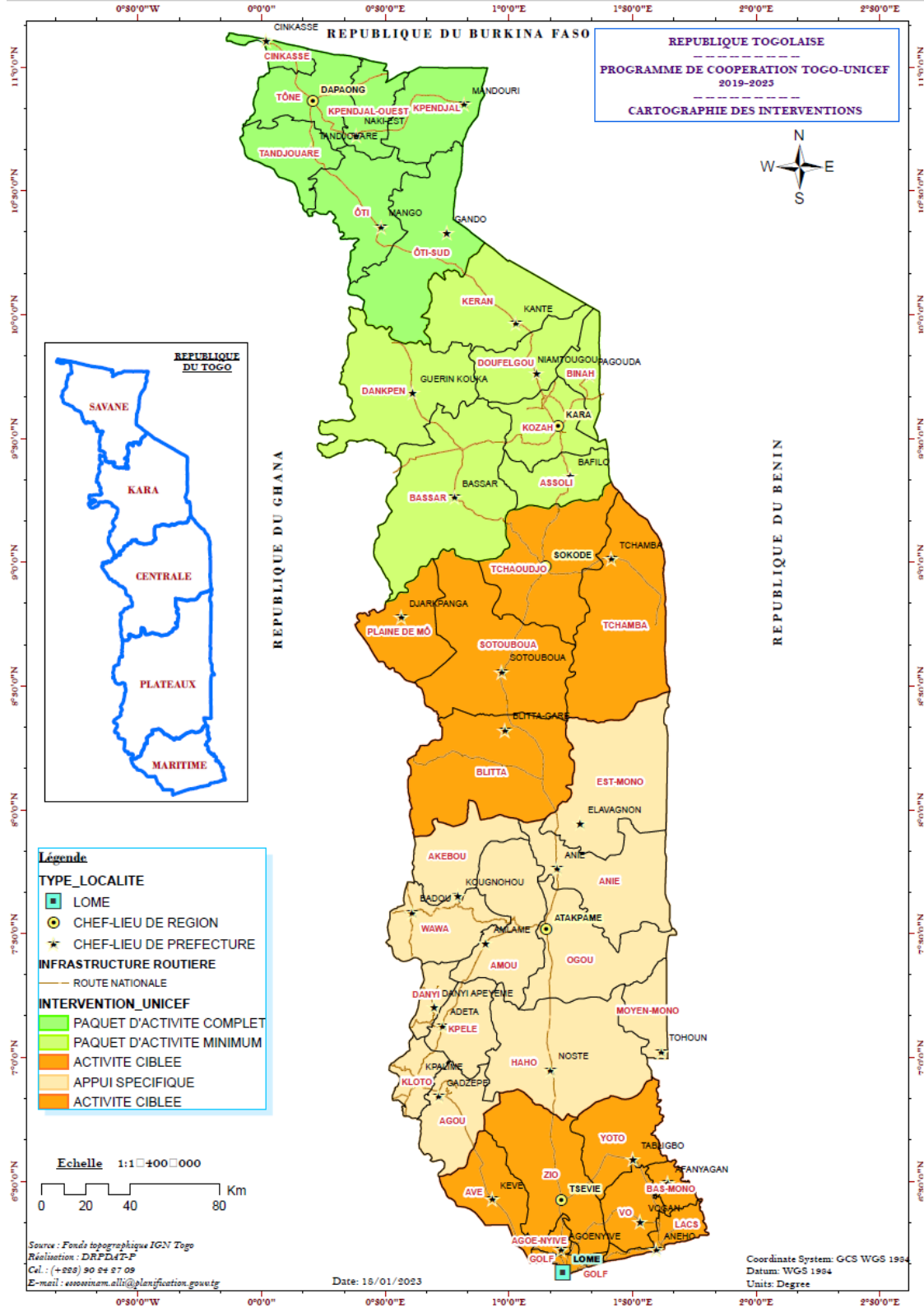
Note finale = NT + NF

Le contrat sera émis pour un montant forfaitaire correspondant au total identifié.

ADRESSE DE SOUMISSION DE L'OFFRE TECHNIQUE ET FINANCIERE

L'offre sera publiée sur le site *UNGM (United Nations Global Marketplace)* et partagée sur plusieurs sites spécialisés dans le domaine des évaluations.

Annexe 1. Carte des zones d'intervention



Annexe 2. : Mapping des interventions par région

– Régions des savanes

PREFECTURE	COMMUNES	CANTON	PCIMNE-c	CFC-RTM	PEV	PB FAMILIAL	PCIMAS	ATPC/WASH	PFE	STRATEGIE ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE
KPENDJAL	KPENDJAL 1	Mandouri	x	x	x	x	x	x	x	x
		Tambigou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Koundjoare	x	x	x	x	x	x	x	x
	KPENDJAL 2	Borgou	x	x	x	x	x	x	x	x
KPENDJAL OUEST	Kpendjal-Ouest 1	Naki-est	x	x	x	x	x	x	x	x
		Nayega	x	x	x	x	x	x	x	x
		Ogaro	x	x	x	x	x	x	x	x
	Kpendjal-Ouest 2	Pogno	x	x	x	x	x	x	x	x
		Papri/kpendjaga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Namoundjoga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Tambonga	x	x	x	x	x	x	x	
OTI	Oti 1	Mango	x	x	x	x	x	x	x	x
		Sadori	x	x	x	x	x	x	x	x
		Fare	x	x	x	x	x	x	x	x
	Oti 2	Loko	x	x	x	x	x	x	x	x
		Barkoissi	x	x	x	x	x	x	x	x
		Nagbeni	x	x	x	x	x	x	x	x
		Galangashie	x	x	x	x	x	x	x	x
		Tchanaga	x	x	x	x	x	x	x	
OTI-SUD	Oti-Sud 1	Gando	x	x	x	x	x	x	x	x
		Sagbiebou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Tchamonga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Mogou	x	x	x	x	x	x	x	x
	Oti-Sud 2	Nali	x	x	x	x	x	x	x	x
		Koumougou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Takpamba	x	x	x	x	x	x	x	x
		Kountoire	x	x	x	x	x	x	x	
CINKASSE	CINKASSE 1	Cinkasse	x	x	x	x	x	x	x	x
		Boade	x	x	x	x	x	x	x	x
		Gnoaga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Gouloungoussi	x	x	x	x	x	x	x	x
	CINKASSE 2	Nadjoundi	x	x	x	x	x	x	x	x
		Biankouri	x	x	x	x	x	x	x	x
		Sam-Naba	x	x	x	x	x	x	x	x
		Timbou	x	x	x	x	x	x	x	
TANDJOARE	Tandjoare 1	Nandoga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Bogou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Bombouaka	x	x	x	x	x	x	x	x
		Boulogou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Pligou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Goundoga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Loko	x	x	x	x	x	x	x	x
		Tamongue	x	x	x	x	x	x	x	x
	Tandjoare 2	Mamprougou	x	x	x	x	x	x	x	x

		Bagou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Nano	x	x	x	x	x	x	x	x
		Doukpergou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Sangou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Sissiak	x	x	x	x	x	x	x	x
		Lokpano	x	x	x	x	x	x	x	x
		Tampialime	x	x	x	x	x	x	x	x
TONE	Tone 1	Bidjenga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Dapaong	x	x	x	x	x	x	x	x
		Poissongui	x	x	x	x	x	x	x	x
		Natigou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Kourientre	x	x	x	x	x	x	x	x
		Toaga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Pana	x	x	x	x	x	x	x	x
	Tone 2	Naki-Ouest	x	x	x	x	x	x	x	x
		Namare	x	x	x	x	x	x	x	x
		Nanergou	x	x	x	x	x	x	x	x
	Tone 3	Tami	x	x	x	x	x	x	x	x
		Nioukpourma	x	x	x	x	x	x	x	x
		Lotogou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Warkambou	x	x	x	x	x	x	x	x
	Tone 4	Sanfatoute	x	x	x	x	x	x	x	x
		Korbongou	x	x	x	x	x	x	x	x
Kantindi		x	x	x	x	x	x	x	x	
Louanga		x	x	x	x	x	x	x	x	

Santé	Immunisation	Nutrition	WASH	SBC
-------	--------------	-----------	------	-----

– Région de la Kara

PREFECTURE	COMMUNES	CANTON	PCIME-c	CFC-RTM	PEV	PB FAMILIAL	PCIMAS	ATPC/WASH	PFE	STRATEGIE ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE
ASSOLI	Assoli 1	Dako/Daoude	x	x	x	x	x	x	x	x
		Bafilo	x	x	x	x	x	x	x	x
		Boulade	x	x	x	x	x	x	x	x
	Assoli 2	Aledjo	x	x	x	x	x	x	x	x
		Koumonde	x	x	x	x	x	x	x	x
	Assoli 3	Soudou	x	x	x	x	x	x	x	x
BASSAR	Bassar 1	Baghan	x	x	x	x	x	x	x	x
		Kalanga	x	x	x	x	x	x	x	x
		Bassar	x	x	x	x	x	x	x	x
	Bassar 2	Bitchabe	x	x	x	x	x	x	x	x
		Dimori	x	x	x	x	x	x	x	x
		Bangeli	x	x	x	x	x	x	x	x
	Bassar 3	Kabou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Manga	x	x	x	x	x	x	x	x
	Bassar 4	Sanda-Afohou	x	x	x	x	x	x	x	x
		Sanda-Kagbanda	x	x	x	x	x	x	x	x
BINAH	Binah 1	Boufale	x	x	x	x	x	x	x	

		Solla	x	x	x	x	x	x	x	x	
		Pitikita	x	x	x	x	x	x	x	x	
		Lama-Dessi	x	x	x	x	x	x	x	x	
		Pagouda	x	x	x	x	x	x	x	x	
		Pessare	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Binah 2	Kemerida	x	x	x	x	x	x	x	x	
		Sirka	x	x	x	x	x	x	x	x	
		Ketao	x	x	x	x	x	x	x	x	
	DANKPEN	DANKPEN 1	Koulfiekou	x		x		x	x	x	x
Guerin-Kouka			x		x		x	x	x	x	
Katchamba			x		x		x	x	x	x	
Nampoch			x		x		x	x	x	x	
DANKPEN 2		Natchibore	x		x		x	x	x	x	
		Koutchitcheou	x		x		x	x	x	x	
		Namon	x		x		x	x	x	x	
		Natchitikpi	x		x		x	x	x	x	
DANKPEN 3		Nandouta	x		x		x	x	x	x	
		Bapure	x		x		x	x	x	x	
		Kidjaboun	x		x		x	x	x	x	
		Naware	x		x		x	x	x	x	
DOUFELGOU		Doufelgou 1	Agbandi-Yaka	x		x		x	x	x	x
			Niamtougou	x		x		x	x	x	x
			Baga	x		x		x	x	x	x
			Tenega	x		x		x	x	x	x
	Siou		x		x		x	x	x	x	
	Koka		x		x		x	x	x	x	
	Massedena		x		x		x	x	x	x	
	Pouda		x		x		x	x	x	x	
	Doufelgou 2	Defale	x		x		x	x	x	x	
		Kpaha	x		x		x	x	x	x	
		Anima	x		x		x	x	x	x	
	Doufelgou 3	Leon	x		x		x	x	x	x	
		Kadjalla	x		x		x	x	x	x	
		Tchore	x		x		x	x	x	x	
		Aloum	x		x		x	x	x	x	
	KERAN	KERAN 1	Akponte	x		x	x	x	x	x	x
Kande			x		x	x	x	x	x	x	
Pesside			x		x	x	x	x	x	x	
KERAN 2		Atalote	x		x	x	x	x	x	x	
		Helota	x		x	x	x	x	x	x	
		Ossacre	x		x	x	x	x	x	x	
KERAN 3		Koutougou	x		x	x	x	x	x	x	
		Nadoba	x		x	x	x	x	x	x	
		Warengo	x		x	x	x	x	x	x	
KOZAH	KOZAH 1	Lassa	x		x		x	x	x		

	Lama	x		x		x	x	x	x
	Soumdina	x		x		x	x	x	x
	Landa	x		x		x	x	x	x
KOZAH 2	Pyra	x		x		x	x	x	x
	Koumea	x		x		x	x	x	x
	Tchare	x		x		x	x	x	x
	Bohou	x		x		x	x	x	x
	Yade	x		x		x	x	x	x
	Tchitchao	x		x		x	x	x	x
	Sarakawa	x		x		x	x	x	x
	KOZAH 3	Kpinzinde	x		x		x	x	x
Awandjelo		x		x		x	x	x	x
KOZAH 4	Atchangbade	x		x		x	x	x	x
	Djamde	x		x		x	x	x	x

Santé	Immunisation	Nutrition	WASH	SBC
-------	--------------	-----------	------	-----

THEORIE DU CHANGEMENT – SURVIE ET CROISSANCE (CPD – TOGO, 2019 – 2023)

D'ici 2023, les enfants de moins de 5 ans y compris les nouveau-nés, les adolescents et les mères, surtout les plus vulnérables, ont accès et utilisent les interventions à haut impact en matière santé, nutrition, VIH et EHA pour leur survie et développement



Effet

Produits

Stratégies intégrant les facteurs facilitants

Hypothèses et risques

THEORIE DU CHANGEMENT – PROGRAMME EFFECTIVENESS (CPD – TOGO, 2019 – 2023)

EFFET : D'ici fin 2023, le personnel de l'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre disposent d'outils, d'orientations et de ressources appropriées pour concevoir, planifier gérer, et suivre efficacement l'exécution du programme même en période d'urgence des enfants de 0 – 18 ans

Produit 1 : D'ici fin 2023, le personnel et les partenaires de l'UNICEF reçoivent des conseils, des outils et des ressources pour concevoir et gérer efficacement les programmes même en période d'urgence

Produit 2 : D'ici fin 2023, le personnel de l'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre disposent d'outils, d'orientations et de ressources appropriées pour, planifier, gérer, suivre et évaluer efficacement l'exécution du programme

Produit 3 : D'ici fin 2023, le personnel de l'UNICEF et ses partenaires disposent d'outils, de conseils et des ressources adéquates pour un plaidoyer et des partenariats efficaces sur les questions relatives aux droits de l'enfant avec les parties prenantes, même en période d'urgence

Produit 4 : D'ici fin 2023, un soutien transversal sera fourni à tous les composante du programme pays (Genre, C4D à la promotion des innovations, etc.) pour garantir une plus grande intégration de l'ensemble du programme

Renforcement des capacités et des systèmes, pour l'élaboration de plans budgétisation axés sur les résultats, l'opérationnalisation des mécanismes de coordination et de suivi
Mise en disposition des outils, des normes et des directives pour une meilleure coordination au niveau national et décentralisé.
Appui à la Direction de la Coopération Multilatérale en charge de la coordination du Programme TOGO – SNU du Ministère de la Planification du Développement pour un engagement politique plus soutenu pour l'appui à la formulation de stratégies et politiques plus une meilleure coordination des programmes

Renforcement des capacités et des systèmes, pour l'élaboration de plans budgétisation axés sur les résultats, l'opérationnalisation des mécanismes de coordination et de suivi
Mise en disposition des outils, des normes et des directives pour une meilleure coordination au niveau national et décentralisé.
Production, disséminations des évidences en tant que moteur du changement (Analyse de la situation, recherche, études, enquêtes, évaluation, évaluations, analyse commune des pays gestion des connaissances, analyse continue des risques, approches novatrices de collecte de données telle que prévu dans le PISE et le Plan d'Evaluation budgétisé 2019 2023
Achat et distribution de fournitures et d'équipement; logistique transport aux Partenaires d'exécution pour la gestion et le suivi des programmes
Achat et distribution de fournitures et d'équipement; logistique transport aux Partenaires d'exécution pour la gestion et le suivi des programmes

Renforcement des capacités et des systèmes pour élaborer et mettre en œuvre des plans de plaidoyer, de visibilité
Production, mise à disposition et diffusion d'outils et utilisation de canaux numériques pour la mobilisation de ressources et le plaidoyer
Renforcement des activités de visibilité de l'UNICEF et de son image
Renforcement des partenariats existants et construction d'alliances novatrices, y compris le secteur privé, sur la base de valeurs partagées et d'évidences et de mouvements pour influencer le changement au niveau macro et méso
Implication de la génération 2030 en tant qu'agents de changement via des plateformes d'expression intergénérationnelle adaptées

Renforcement des capacités pour la planification, la budgétisation axée sur le genre et la préparation à l'urgence
Ateliers de renforcement des capacités de la communauté pour une participation active
Communication sur le changement de comportement et engagement communautaire Par l'élaboration de la Stratégie de développement pour la coordination intersectorielle; le développement et mise à disposition des outils de mobilisation sociale; de Matériel d'IEC, l'utilisation des médias et développement des plates-formes et des outils numériques et multimédias; documentation et utilisation des bonnes pratiques
Achat et distribution de fournitures et d'équipement; logistique transport aux Partenaires d'exécution pour la gestion et le suivi des programmes
Personnel et assistance technique

Risques

L'instabilité politique et conflits internes, la capacité insuffisante des décideurs, du personnel d'encadrement et des professionnels compétent pour une planification, budgétisation basées sur les évidences, la diminution des ressources financières, la non application de la Loi statistique, la fraude et l'utilisation abusive des ressources par les partenaires, faiblesse des capacités des partenaires d'exécution pour agir en une situation d'urgence.

Hypothèses :

Pour limiter ces risques, l'UNICEF procédera à une évaluation et à une surveillance régulière (RIP) de la situation, renforcement des capacités des partenaires d'exécution en gestion axée sur les résultats, la production et diffusion d'informations fiables régulièrement par des actions conjointes avec les Agences SNU et PTF, le Plan Assurance Qualité HACT est suivi et toutes les activités sont entreprises comme prévues, formation en mise à disposition des PE des guides pour le suivi et le real time evaluation en cas d'urgence

Effet

Produits

Stratégies

Hypothèses et risques