

ÉVALUATION À MIS-PARCOURS DU PROJET SCOPE

TERMES DE RÉFÉRENCE POUR LA COLLECTE, LA GESTION, L'ANALYSE ET LA COMMUNICATION DES DONNÉES DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS RMNCH HAÏTI LQAS, ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, ENTRETIENS AVEC DES INFORMATEURS CLÉS ET DISCUSSIONS DE GROUPE FÉVRIER-AOÛT 2022

INTRODUCTION

Le programme de renforcement des résultats de santé communautaire par l'engagement positif (SCOPE) est un accord de coopération de l'Initiative de nouveau partenariat (NPI) financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). SCOPE vise à s'attaquer aux principaux facteurs de morbidité et de mortalité infantiles et maternelles au niveau communautaire dans quatre pays prioritaires (Haïti, Kenya, Malawi et Soudan du Sud) afin de contribuer à l'objectif ultime de mettre fin aux décès évitables d'enfants et de mères (RMNCH) dans une génération. SCOPE est mis en œuvre par la World Relief (WR) et par le biais d'un partenariat de sous-subvention avec Christian Connections for International Health (CCIH), qui, par le biais des associations chrétiennes de santé (CHA), gère des réseaux de grands systèmes de santé/hôpitaux confessionnels dans le pays du projet.

SCOPE est motivé par une vision de pays autonomes dotés de capacités techniques et d'outils aux niveaux les plus bas du système de santé (niveau communautaire) pour réduire les décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants. Notre objectif est de permettre aux mères et aux personnes qui s'occupent d'elles d'adopter plus facilement des comportements sains et de rechercher les soins nécessaires en modifiant les normes et les attentes culturelles, sociales et comportementales en matière de planification familiale, de soins maternels, de soins aux nouveau-nés et de santé et nutrition infantiles. De par sa conception, SCOPE travaille à travers et avec la collaboration d'acteurs religieux et de membres clés de la communauté pour faire ce travail afin d'améliorer l'utilisation des services au niveau communautaire.

Les quatre pays engagés dans le projet SCOPE sont des pays prioritaires de l'USAID et représentent une diversité de contextes géographiques, politiques et culturels. Ils sont stratégiquement importants pour atteindre les objectifs de prévention des décès infantiles et maternels car ils sont des contributeurs majeurs à la mortalité maternelle et infantile et au besoin non satisfait de planification familiale (PF). Les objectifs stratégiques du projet SCOPE sont : 1) accroître l'utilisation des services de santé reproductive pour les femmes en âge de procréer, et 2) accroître l'utilisation des services de soins de santé primaires par les enfants de moins de cinq ans.

Le projet SCOPE a débuté en octobre 2019, se concentrant sur le démarrage dans chacun des quatre pays au cours de la première année du programme (octobre 2019 - septembre 2020). La pandémie de SRAS-2-COVID a retardé de nombreux processus de démarrage. L'évaluation de référence SCOPE a eu lieu entre août et octobre 2020.

Aperçu de la conception de l'intervention

La santé communautaire est un élément essentiel du continuum des soins primaires pour répondre aux besoins de santé des gens. L'extension des services de santé préventifs, promotionnels et curatifs aux communautés est essentielle pour garantir l'accès à des soins primaires de haute qualité. La santé communautaire peut être définie de plusieurs façons, mais pour les besoins de ce projet, notre définition comprend les éléments suivants :

- Activités de promotion de la santé et de prestation de services qui se déroulent principalement à l'extérieur d'un établissement de santé (dans la communauté)
- Les agents de santé communautaires (ASCP), comme un mais pas le seul, canal de prestation
- Liens avec un système communautaire multisectoriel plus large par le biais de canaux confessionnels (tels que des temples, des mosquées ou des églises) et des groupes communautaires (tels que des groupes de soins, des groupes d'épargne, des groupes de couples)
- Demande de soins de santé, y compris les activités que les membres de la communauté entreprennent en tant qu'agents de leur propre santé en utilisant des mécanismes de responsabilité sociale (fiches de notation communautaires)

SCOPE réalise des interventions dans les domaines techniques suivants :

1. Santé reproductive et planification familiale
2. Santé maternelle et néonatale
3. Santé de l'enfant

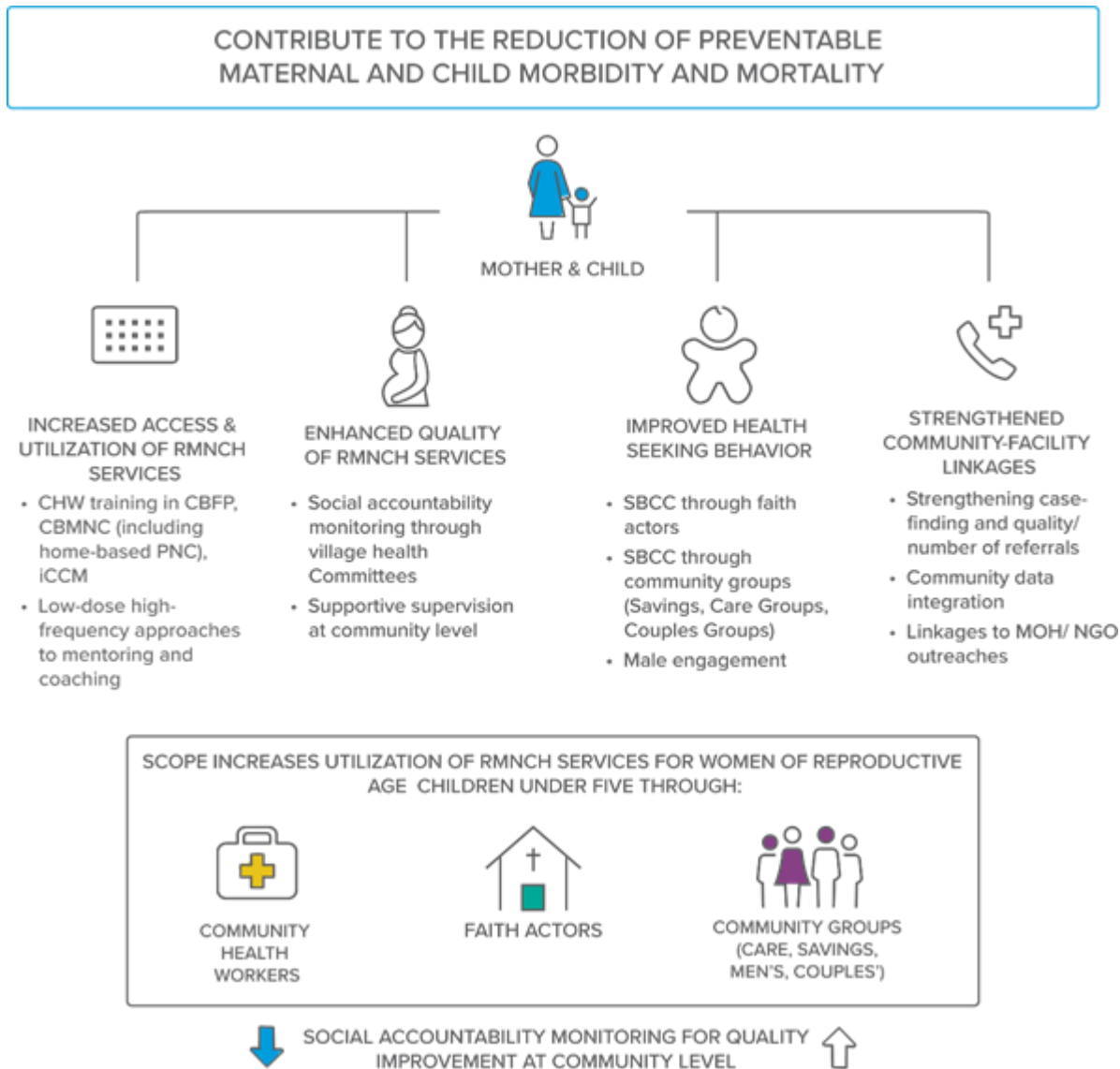


Figure 1: Aperçu de la conception de l'intervention

La PF augmente la survie de la mère et de l'enfant grâce à un calendrier et à un espacement sain des grossesses (HTSP) et en aidant les femmes et les couples à planifier les grossesses pendant la période la plus saine du cycle de vie reproductive d'une femme. L'un des principaux objectifs de SCOPE est d'accroître l'utilisation des services de santé reproductive pour les femmes en âge de procréer grâce à la planification familiale à base communautaire.

La Planification Familiale à Base Communautaire (PFBC) apporte des informations et des méthodes de PF aux femmes et aux hommes là où ils vivent plutôt que de les obliger à se rendre dans les établissements de santé. Cette approche augmente l'accès et le choix des méthodes contraceptives dans les zones mal desservies par le biais de divers canaux, y compris les ASCP et les références à d'autres prestataires de PF tels que les dépôts communautaires, les pharmacies et le secteur privé. L'accès au niveau communautaire est essentiel pour atteindre l'objectif de rendre disponible la gamme complète des méthodes modernes de PF au dernier kilomètre. Cette approche nécessite un niveau significatif d'appropriation communautaire, en raison des liens entre la PF et de nombreuses normes sociales, et parce que les acteurs confessionnels peuvent soit être un moteur, soit un obstacle à l'acceptabilité des méthodes de PF. La prévention des grossesses non désirées, en particulier parmi les groupes à haut risque, est un élément important de l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Enfin, l'intégration des messages de PF dans le continuum des soins pendant les périodes prénatales et post-partum est également essentielle aux activités du programme SCOPE.

Santé maternelle et néonatale

S'appuyant sur les résultats des programmes communautaires de santé maternelle et néonatale (RMNCH), SCOPE met en œuvre des interventions fondées sur des données probantes qui s'attaquent directement aux principaux facteurs de mortalité maternelle et néonatale. Les agents de santé communautaires (ASCP) ont été formés pour effectuer des visites de promotion de la santé au niveau des ménages et de la communauté. Cela comprend une formation sur la communication interpersonnelle (IPC), des outils pédagogiques, des outils de travail et des techniques d'éducation des adultes appropriées pour encourager les femmes enceintes et les membres de la famille avec des messages ciblés et opportuns pour les soins prénatals de routine pendant la grossesse, la maternité sans risque et la préparation à l'accouchement, et soins post-partum, y compris les pratiques de soins essentiels du nouveau-né (ENC) en mettant l'accent sur la façon d'identifier et de gérer les urgences si elles se produisent.

Santé de l'enfant

L'Organisation mondiale de la santé estime que la plupart des 6,6 millions de décès annuels d'enfants dans le monde pourraient être évités grâce à des interventions connues. S'attaquer aux principales causes de mortalité infantile après la période néonatale - pneumonie, diarrhée, paludisme et malnutrition - et améliorer la qualité des soins communautaires et en établissement pour les nourrissons et les jeunes enfants est essentiel pour réduire la mortalité infantile post-néonatale. SCOPE a formé des ASCP et d'autres volontaires communautaires à l'identification des signes et symptômes de pneumonie, de diarrhée, de paludisme et de malnutrition, à identifier les enfants nécessitant une référence immédiate, à évaluer et traiter les enfants atteints de pneumonie, de diarrhée et de paludisme.

Plateformes d'intervention

Le projet SCOPE utilise les trois mécanismes de prestation suivants au niveau communautaire pour mettre en œuvre des interventions qui ont un impact sur la santé des mères et des enfants, comme illustré dans le graphique ci-dessous (Figure 2). Il met en œuvre un ensemble d'interventions contextualisées qui tient compte des politiques et stratégies existantes du ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), des cadres des agents de santé au niveau communautaire (ASCP), des efforts de supervision et de suivi déjà en place et d'autres investissements connexes réalisés par l'USAID et d'autres donateurs. Le projet renforce et tire parti des acteurs religieux, des groupes communautaires et des ASCP en tant que responsables de la mise en œuvre de première ligne et de la prestation de services, le cas échéant avec des directives nationales spécifiques en Haïti.

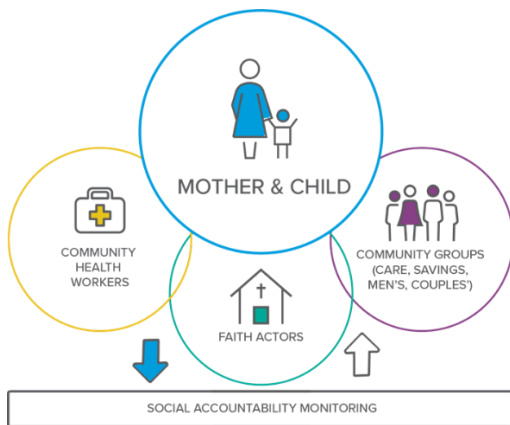


Figure 2 : Plateformes de livraison technique

Les leaders religieux

Les communautés religieuses et les chefs religieux jouent un rôle crucial de gardien et d'influence dans le succès du travail communautaire dans les pays en développement. Cependant, les communautés confessionnelles manquent souvent des compétences et des informations nécessaires pour s'engager de manière utile sur les questions de santé. Les pratiques culturelles et religieuses existantes peuvent également contribuer ou aggraver davantage les problèmes qui conduisent à de mauvais résultats de santé pour la mère et l'enfant. Les communautés religieuses peuvent même être les moteurs de la désinformation ; créant ainsi des barrières qui empêchent les gens de se rendre dans les cliniques, de se faire vacciner ou d'utiliser des méthodes d'espacement des naissances. L'influence des communautés religieuses et des chefs religieux est une composante essentielle des efforts visant à lutter contre le mariage précoce, à combattre les pratiques traditionnelles néfastes, à établir un traitement équitable pour les femmes et les filles et à surmonter la stigmatisation entourant la participation des hommes à la SRMNI. Ce travail est en cours.

Groupes communautaires

Groupes de soins : Des données mondiales ont montré l'effet du modèle Care Group (CG) pour l'amélioration des résultats de survie maternelle et infantile. Un CG est composé de 6 à 10 volontaires qui se réunissent régulièrement pour la communication pour le changement de comportement social (CCSC) et le renforcement des compétences associées. Chaque volontaire partage des leçons courtes et simples par le biais de visites à domicile avec 6 à 10 ménages dans les foyers voisins. Les CG atteignent les ménages cibles avec la CCSC et relient les ménages aux services maternels et infantiles dont ils ont besoin. SCOPE rencontre régulièrement les bénévoles de CG pour la formation, la supervision et le soutien. Les volontaires signaleront les maladies infantiles, les décès et les grossesses et fourniront des références aux ASCP nommés/approuvés par le ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) qui peuvent fournir des informations vitales aux systèmes d'information sanitaire existants. En Haïti, le modèle de CG a été modifié pour s'adapter aux contextes locaux. En étendant la portée des ASCP et du MSPP jusqu'au niveau des ménages, SCOPE garantit que même les membres les plus vulnérables de la communauté savent comment et quand accéder aux services. Ce travail est en cours.

Groupes d'épargne : L'accès aux services financiers, en plus de la gamme d'autres défis économiques de taille auxquels sont confrontés les ménages ruraux, constitue un obstacle important à l'obtention de résultats sanitaires, en particulier en période d'urgence médicale. Même si les services peuvent être gratuits dans les établissements du secteur public, une famille peut ne pas avoir de moyen de transport pour se rendre dans un établissement pour la naissance ou la maladie d'un enfant, ou pour acheter des médicaments ou d'autres produits médicaux auxiliaires nécessaires à des soins de qualité. Savings for Life (SFL) est le modèle de WR pour les groupes d'épargne. SFL autonomise les familles rurales, parmi les plus vulnérables de ces communautés, en leur offrant une solution d'épargne et de prêt. Grâce à SFL, 15 à 25 personnes forment des groupes d'épargne. Les membres du groupe apprennent les bases de la gestion financière, de la gestion du temps et de la gestion de groupe. En outre, ils aident les autres membres à mettre de l'argent de côté pour les urgences liées à la santé. SCOPE tirera parti des groupes d'épargne existants (ou en créera de nouveaux là où il n'en existe pas) pour accroître la résilience économique et

financière des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes et des familles d'enfants de moins de cinq ans. Ce travail n'a pas encore commencé.

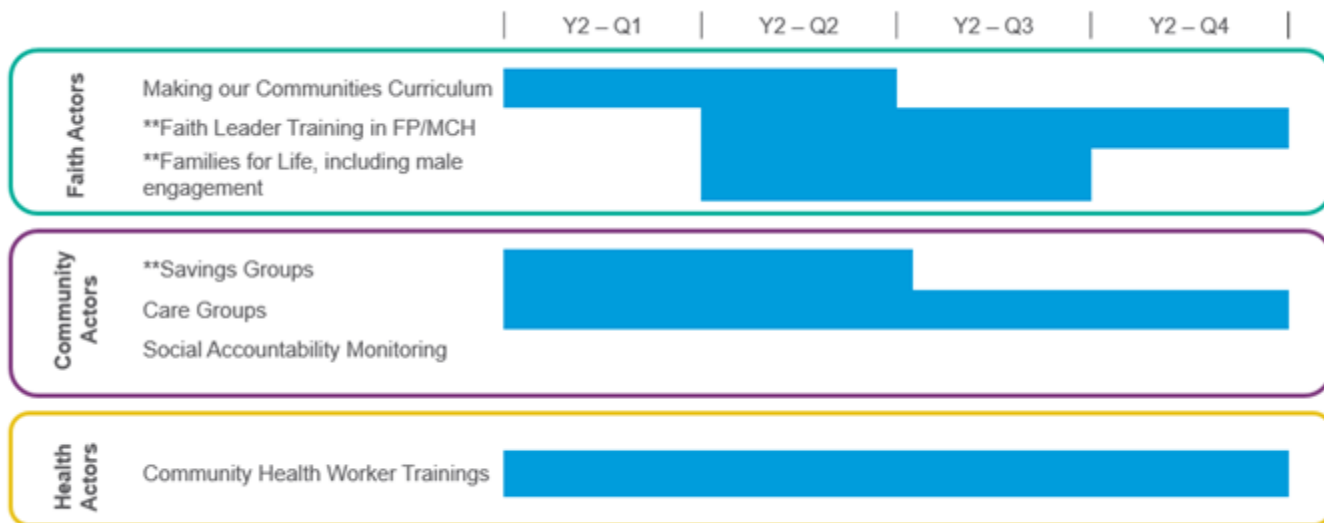
Groupes de couples : La prise de décision conjointe et une communication accrue du couple autour des intentions de fécondité - y compris le nombre d'enfants, l'espacement et le moment des naissances - se sont avérées efficaces pour augmenter l'utilisation des contraceptifs. Les interventions axées sur le couple sont une stratégie potentiellement utile pour relever les défis de la communication et de la gestion des conflits et accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de santé reproductive. Le modèle de programme de WR pour le renforcement des couples, Families for Life, promeut l'égalité des sexes, la communication des couples et l'intolérance à la violence sexiste grâce à un programme innovant, conçu localement et mis en œuvre dans des groupes de couples. Les groupes de couples existants dirigés par des volontaires locaux seront exploités et élargis pour aborder la sensibilisation à la fécondité, l'espacement des naissances et la prise de décision conjointe pour la PF, sur la base de preuves qu'une communication accrue entre les conjoints a des effets positifs sur l'utilisation des contraceptifs. Ces travaux débiteront à l'année 3 du projet.

Agents de santé communautaire

S'appuyant sur les années d'expérience de travail de WR avec les ASCP, SCOPE travaillera avec le MSPP pour former, équiper, soutenir et encadrer les ASCP en Haïti ainsi que les volontaires de santé communautaire (CHV). Ce travail est en cours dans tous les pays.

Surveillance de la responsabilité sociale

Aider les citoyens à s'engager auprès de leurs gouvernements locaux pour une meilleure responsabilisation est devenu un intérêt important pour les universitaires et les praticiens du développement international au cours de la dernière décennie et est de plus en plus considéré comme un élément essentiel de la gouvernance et de l'échelle.⁶ Sachant que les problèmes des systèmes de santé qui affectent la disponibilité, la qualité, l'utilisation et la durabilité des services de santé sont souvent des obstacles à la qualité et à l'accès aux soins, SCOPE utilisera le suivi de la responsabilité sociale pour aborder la qualité des soins. Ces travaux débiteront à l'année 4 du projet.



Activities denoted by ** reflect global TA provision towards curriculum development or adaptation only. No field activities begun.

Figure 3 : Déploiement de l'activité sur le terrain

Portée des travaux de la consultation

La méthodologie de la consultation inclura un échantillonnage précis pour la collecte de données, le nettoyage des données, l'analyse des données et la création de rapports, comme indiqué en détail ci-dessous. Les méthodes de collecte de données comprennent :

- Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) de femmes en âge de procréer, d'hommes en âge de procréer et

d'agents de santé communautaires à des fins de comparaison avec la ligne de base et le dressement de la future ligne de référence, avec pondération de la population. Les indicateurs de l'enquête sont listés dans le tableau ci-dessous, et les questions et règles de tabulation sont basées et adaptées avec les outils MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) de l'UNICEF (<https://mics.unicef.org/>) et l'outil d'enquête sur les connaissances, les pratiques et la couverture (https://coregroup.org/wp-content/uploads/2020/03/KPCFieldGuide_Sept03-2.pdf) ainsi qu'Indikit (<https://www.indikit.net/>). Les questions pour les agents de santé communautaires constitueront en une série d'entrevues personnalisées. Certains des indicateurs montreront les résultats, la couverture et/ou la qualité du programme. Les données seront également utilisées pour la prise de décision par les gestionnaires de programme et les superviseurs.

- Un questionnaire rapide sur les établissements de santé et un guide de visite sur le terrain ont été élaborés. Un échantillon ciblé d'établissements de santé dans les zones du projet sera visité pour remplir le questionnaire.
- Des entretiens avec des informateurs clés seront menés à l'aide d'un questionnaire semi-structuré sur un échantillon ciblé de chefs religieux et d'ASCP de supervision.
- Des groupes de discussion seront menés avec les mères de la communauté soutenues par le projet SCOPE, les partenaires masculins des mères soutenues par le programme SCOPE et les volontaires communautaires SCOPE.

Vous trouverez ci-dessous un tableau des indicateurs pour lesquels des données seront collectées.

<i>Objectif 1 : Accroître l'utilisation des services de santé reproductive pour les femmes en âge de procréer</i>		
MEL #	INDICATEUR	DÉFINITION
MEL 1	Taux de prévalence de la contraception moderne chez les femmes en âge de procréer dans la population cible	Numérateur: Nombre de femmes en âge de procréer mariées ou en union qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive moderne à un moment donné Dénominateur: Nombre de femmes en âge de procréer mariées ou en union
MEL 2	Pourcentage de la population dans les zones géographiques ciblées qui est mariée ou en union et déclare avoir discuté de la planification familiale avec son conjoint au cours de l'année écoulée	Numérateur: Nombre d'hommes et de femmes mariés ou en union qui déclarent avoir discuté de la planification familiale avec leur conjoint au cours de l'année précédente Dénominateur: Nombre d'hommes et de femmes mariés ou en union dans l'échantillon
MEL 5	Pourcentage de mères post-partum d'enfants âgés de 0 à 23 mois conseillées sur l'espacement des naissances et les options de contraception post-partum	Numérateur: Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours de la période de référence qui ont été conseillées sur l'espacement des naissances et les options contraceptives dans les 6 premières semaines après l'accouchement Dénominateur: Nombre de femmes ayant donné naissance vivantes au cours de la même période de référence
<i>Objectif 2 : Augmenter la fréquence et la qualité des soins de maternité</i>		
MEL #	INDICATEUR	DÉFINITION
MEL 7	Pourcentage de femmes dans la population cible ayant des enfants de 0 à 23 mois ayant	Numérateur: Nombre de femmes ayant des enfants de 0 à 23 mois, qui ont assisté à des soins

	consulté au moins 4 fois pour des soins prénatals pendant la grossesse	prénatals quatre fois ou plus au cours de la grossesse la plus récente Dénominateur: Nombre total de femmes ayant eu des naissances vivantes au cours de la période de référence (pour l'enquête) ou Nombre de femmes enceintes enregistrées
MEL 8	Pourcentage des naissances dans les institutions sanitaires chez les femmes ayant des enfants de 0 à 23 mois dans la population cible	Numérateur: Nombre de naissances dans les institutions sanitaires par les femmes avec des naissances vivantes au cours des 2 dernières années. Dénominateur: Nombre total de naissances vivantes dans les institutions sanitaires au cours des deux dernières années
	Pourcentage de naissances vivantes avec des accoucheuses qualifiées chez les femmes ayant des enfants de 0 à 23 mois dans la population cible	Numérateur: Nombre de naissances vivantes assistées par des agents de santé qualifiés, tel que déclaré par les femmes ayant eu des naissances vivantes au cours de deux dernières années. Dénominateur: Nombre de femmes ayant eu des naissances vivantes au cours de ces deux dernières années dans l'échantillon
MEL 12	Pourcentage de femmes de la population cible ayant des enfants de 0 à 23 mois recevant des soins post-partum d'un prestataire de santé qualifié dans les deux jours suivant l'accouchement	Numérateur: Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années et qui ont eu un contrôle postnatal par un prestataire de santé au cours des 2 premiers jours après l'accouchement Dénominateur : Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours de ces deux dernières années.
Objectif 4 : Augmenter la fréquence et la qualité des soins aux nouveau-nés		
	INDICATEUR	DÉFINITION
MEL 10	Pourcentage de nouveau-nés nés de femmes de la population cible ayant des enfants de 0 à 23 mois recevant un allaitement immédiat dans l'heure suivant la naissance	Numérateur: Nombre d'enfants de 0 à 23 mois dont les mères ont déclaré les avoir allaités dans la première heure suivant la naissance Dénominateur: Nombre de naissances vivantes de ces deux dernières années.
MEL 11	Pourcentage de nouveau-nés nés de femmes de la population cible ayant des enfants de 0 à 23 mois qui ont reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement dans les programmes soutenus par SCOPE.	Numérateur: Nombre de nouveau-nés qui reçoivent des soins postnatals pendant les deux premiers jours après l'accouchement. Dénominateur: Nombre de naissances vivantes de ces deux dernières années.
	Pourcentage de mères d'enfants de 0 à 23 mois qui connaissent au moins 3 signes de danger pour les soins du nouveau-né	Numérateur: Nombre de mères ayant eu une naissance durant ces 2 dernières années, qui signalent au moins 3 signes de danger pour les soins du nouveau-né. Dénominateur: Nombre de naissances vivantes de ces deux dernières années.

Objectif 4 : Améliorer la couverture et les performances des ASCP

	INDICATEUR	DÉFINITION
MEL 3	Pourcentage de ménages de la population cible assistés par des ASCP déclarant avoir reçu des informations, des références et/ou des services de PF au cours de l'année	Numérateur : Nombre de ménages interrogés qui déclarent avoir reçu des informations, des références et/ou des services de PF au cours de la dernière année Dénominateur: Nombre de ménages enquêtés
MEL 14	Pourcentage de ménages de la population cible ayant reçu au moins une visite d'un ASCP au cours des trois derniers mois	Numérateur : Nombre de ménages interrogés qui ont reçu la visite d'un ASCP qui a fourni des informations sur la santé, des services ou des références au cours des 3 mois précédant Dénominateur : Nombre de ménages enquêtés
MEL 15	Pourcentage de ménages de la population cible qui ont terminé l'orientation vers l'établissement de santé (achèvement de l'orientation) au cours de la dernière année	Numérateur: Nombre de ménages interrogés qui ont référés par un ASCP vers une institution sanitaire et qui ont été reçus à la l'institution sanitaire Dénominateur: Nombre de ménages enquêtés
MEL 16	Pourcentage d'ASCP soutenus par SCOPE qui ont reçu une supervision/coaching/mentorat au cours des trois derniers mois.	Numérateur: Nombre d'ASCP ayant reçu au moins une visite d'un superviseur au cours de la période de rapport. Dénominateur: Nombre d'ASC formés et déployés
CONTEXTE 1	Pourcentage d'ASCP avec tous les stocks de produits clés au cours de la dernière période de rapport	Numérateur: Nombre d'ASCP qui n'ont pas signalé de rupture de stock de fournitures essentielles (telles que définies par le programme de pays) au cours de la période de référence Dénominateur: Nombre d'ASCP déployés

Le tableau ci-dessous répertorie les groupes à échantillonner et les thématiques des indicateurs correspondants

TABLEAU 1 : GROUPES DE CONTENU DE L'ENQUÊTE CLIENTS

GROUPE	CONTENU DE L'ENQUÊTE
Femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition aux messages sur la SMNI, le genre et la PF • Attitudes et normes de genre concernant et utilisation des contraceptifs modernes • Expériences avec les visites à domicile et les références des ASCP • Recherche de soins de santé
Hommes mariés ou en union	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition aux messages sur la SMNI, le genre et la PF • Attitudes et normes de genre concernant et utilisation des contraceptifs modernes • Recherche de soins de santé
Groupe 1 : Femmes avec enfant de 0 à 23 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition aux messages sur la SMNI, le genre et la PF • Attitudes et normes de genre concernant et utilisation des contraceptifs modernes • Préparation à la naissance, soins prénatals • ENC • Recherche de soins pour nouveau-né malade

	<ul style="list-style-type: none"> • Expériences avec les visites à domicile et les références des ASCP • Recherche de soins de santé
Groupe 2 : Femme avec enfant 24 – 59 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition aux messages sur la SMNI, le genre et la PF • Attitudes et normes de genre concernant et utilisation des contraceptifs modernes • Demande de soins pour enfant malade • Expériences avec les visites à domicile et les références des ASCP • Recherche de soins de santé
Groupe 3 : Agents de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Informations sur la planification familiale • Supervision ASCP • Produits ASCP
Questionnaire des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Achèvement de la recommandation • Accouchement qualifié

Les bassins versants proposés pour l'enquête et les échantillons comprendront :

TABLEAU 1 : GROUPES DE CONTENU DE L'ENQUÊTE CLIENTS

GROUPE	SITES/ZONES DE SUPERVISION
Femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> • Cayes • Belle Anse
Hommes mariés ou en union	<ul style="list-style-type: none"> • Cayes • Belle Anse
Groupe 1 : Femmes avec enfant de 0 à 23 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Cayes • Belle Anse
Groupe 2 : Femme avec enfant 24 – 59 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Cayes • Belle Anse
Groupe 3 : Agents de santé communautaires et Auxiliaires	<ul style="list-style-type: none"> • Cayes • Belle Anse
Questionnaire des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Cayes • Belle Anse

Objectif de l'évaluation à mi-parcours du projet SCOPE

L'objectif primordial de l'évaluation à mi-parcours du projet est de comprendre les effets intermédiaires des interventions SCOPE dans les zones d'intervention, d'évaluer si les objectifs prédéterminés ont été atteints pour les principaux indicateurs de performance des subventions dans chaque pays et de déterminer les mesures à prendre à l'avenir pour maximiser l'efficacité des interventions. L'équipe s'intéresse aux résultats intermédiaires dans les comportements de concentration, y compris les changements intermédiaires dans les normes sociales et comportementales liées à la PF et à la SMNI. Il convient de noter que l'équipe SCOPE surveille également :

- a) l'exposition directe des clients aux messages sur la PF/SMNI et
- b) les expériences directes des clients avec les bénévoles communautaires soutenus par SCOPE. A ce stade des activités de terrain.

Nous utiliserons des méthodes mixtes au cours de cette évaluation pour évaluer les expériences directes des clients et les effets intermédiaires des interventions SCOPE au niveau des ménages et de la communauté. Pour cette évaluation, les méthodologies quantitatives examineront la dose/l'exposition directe des clients aux messages sur la PF/SMNI, la qualité de la prestation des ASCP et des VCG, et la réactivité directe des clients aux interventions. L'enquête à mi-parcours est conçue pour examiner les étapes du cadre de résultats qui précèdent les principales mesures d'intérêt, telles que les changements intermédiaires dans les normes sociales et comportementales qui ont été promus par les activités d'engagement de Care Group, des ASCP et des leaders de la foi.

L'évaluation mesurera également les comportements et les normes sociales que les interventions de Families for Life (FFL), Savings for Life (SFL) et de suivi de la responsabilité sociale cherchent à influencer, à modifier au

cours de l'AN3, afin de fournir un point de référence pour l'AN et au-delà. Il est prévu que, pris ensemble, l'évaluation de base du projet, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation phase finale fourniront au projet SCOPE une série chronologique de données éclairantes sur les comportements liés à la RMNCH, les normes sociales et les indicateurs de performance clés au niveau des résultats qui devraient permettre un examen constructif et l'adaptation du noyau de WR.

Objectifs

L'évaluation à mi-parcours du projet SCOPE a trois objectifs principaux :

1. Évaluer les changements dans les principaux comportements intermédiaires liés à la SMNI et à la PF chez les clients directs de SCOPE et les analyser par rapport à des cibles d'indicateurs prédéterminées
2. Évaluer l'exposition directe des clients aux programmes et messages de SMNI, de PF et de genre.
3. En vous appuyant sur les conclusions des évaluations ci-dessus, faites des recommandations pour l'amélioration et/ou l'adaptation du projet.
 - a. Décrire les aspects des plateformes d'intervention qui fonctionnent bien et ce qui doit être renforcé
 - b. Malgré les défis, documenter les réalisations du projet SCOPE à ce jour

LIVRABLES DE LA CONSULTATION

L'objectif de la consultation est de réaliser l'évaluation complète à mi-parcours avec les livrables suivants :

- Examen et finalisation du cadre d'échantillonnage : En utilisant les conseils de l'équipe technique de la World Relief et de l'équipe SCOPE au niveau national, finalisez un cadre d'échantillonnage pour examen. Répondez aux questions des examinateurs et préparez-vous à la collecte des données. Ce processus devrait aboutir à un protocole spécifique qui est approuvé et mis en place au plus tard le 11 Avril 2022.
- Contextualiser les outils de collecte de données : Passez en revue les outils mondiaux et apportez les modifications nécessaires dans les versions anglaises pour tenir compte du contexte du pays où l'enquête sera mise en œuvre. Des exemples de contextualisation peuvent inclure : ajuster les réponses pour qu'elles correspondent aux titres ou à la langue utilisée localement pour signifier les mêmes choses, etc. Ces modifications doivent être apportées dans le suivi des modifications. Les consultants doivent également examiner les modèles de saut proposés. Après cet examen, les outils pour ODK seront partagés pour un examen final. Ce processus devrait aboutir à des outils finaux de collecte de données au plus tard le 22 avril 2022.
- Traduire, retraduire et tester les outils : en utilisant la version finale des outils de collecte de données, le consultant supervisera un processus de traduction, de contre-traduction et de test des outils. Celle-ci doit être complétée au plus tard le 29 avril 2022.
- Base de données pour la saisie et l'analyse des données : Le consultant assurera la collecte des données sur le terrain. La saisie des données doit se faire via ODK sur des tablettes fournies par WR ; la base de données sera basée sur le cloud à l'ONA.
- Réunions de lancement : Faciliter un briefing au niveau national avec le personnel de World Relief et des réunions au niveau communautaire, si nécessaire, pour présenter le processus et les procédures d'évaluation à mi-parcours aux parties prenantes. Celle-ci aura lieu au plus tard le 14 Mai 2022.
- Contractualiser/embaucher du personnel pour la collecte de données : Le consultant est chargé de recruter et d'embaucher des agents recenseurs et des responsables pour la collecte de données quantitatives et qualitatives, y compris l'enquête LQAS, les visites des établissements de santé, les discussions de groupe et les entretiens avec des informateurs clés. La formation de ces recenseurs aura lieu au plus tard le 6 mai 2022.
- Effectuer la collecte de données : Conformément au protocole d'évaluation à mi-parcours et au cadre d'échantillonnage convenu, procéder à la collecte de données. Pendant les exercices de collecte de données, le consultant peut être observé par le personnel de la WR. Les plaintes ou les questions concernant la collecte de données de WR ou des partenaires au niveau communautaire doivent être documentées et traitées à la satisfaction de WR et des partenaires au niveau communautaire. La sécurité et la gestion des données relèvent de la responsabilité du consultant mais doivent être réalisées dans le respect des meilleures pratiques de protection des données individuellement identifiables ou des informations sensibles. La collecte des données devrait commencer en mai 2022 et devrait être terminée au plus tard le 16 juin 2022.

- Rapports d'évaluation quantitative : Calculez les valeurs moyennes de couverture pour tous les indicateurs d'enquête pour les zones de supervision mentionnées. Ces valeurs serviront de nouveaux repères pour l'indicateur des donateurs et l'établissement d'objectifs internes pour chaque indicateur pour l'année à venir. Le consultant doit préparer des rapports conformes aux directives du [guide MCHP](#) et les directives du KPC [dans ce manuel](#). Les données brutes (y compris les notes de terrain) de la collecte de données quantitatives seront soumises à World Relief dans le cadre de la finalisation du projet, et l'ensemble complet de données brutes numériques devrait également être disponible pour la World Relief dès que les données seront saisies. Le document de rapport final du KPC sera basé sur les directives données dans le chapitre du rapport du guide de terrain du KPC et comprendra deux sections :
 - Un tableau avec la répartition des scores des indicateurs dans un format similaire au rapport de base pour permettre une estimation des progrès, y compris une couverture moyenne pondérée par la population pour les zones du projet. L'analyse, la discussion et les comparaisons doivent être fondées sur ces résultats et former l'essentiel du rapport du KPC.
 - Les intervalles de confiance doivent être calculés et présentés pour tous les résultats des indicateurs de l'enquête de couverture moyenne tout au long du rapport.
 Pour toutes les zones ciblées, l'analyse des données du KPC permettra d'évaluer les besoins communautaires, les priorités de santé publique et le niveau d'accès aux services de santé par la population. Les données quantitatives doivent être nettoyées et mises à la disposition de la World Relief d'ici le 30 juin 2022 et les premières ébauches de rapport doivent être remises au plus tard le 10 août de l'année en cours.
- Évaluation qualitative: Les données des discussions de groupe, des entretiens avec des informateurs clés et des questionnaires de visite des établissements de santé doivent être nettoyées, analysées et rapportées dans un rapport narratif qui décrit les thèmes clés, les défis, les leçons apprises et les recommandations. Ce rapport narratif peut être un chapitre d'un rapport plus long incluant les données quantitatives. Ce rapport doit être remis au plus tard le 10 août 2022.
- Examen et finalisation des rapports: Le consultant doit participer aux examens et aux révisions des rapports et répondre aux questions ou demandes d'analyse de données supplémentaires. Le consultant préparera le rapport final à présenter au donateur, avec correction, mise en forme et photos, entre le 10 août et le 30 septembre 2022.
- Présentation des données nationales à mi-parcours: En septembre 2022, en collaboration avec l'équipe de pays de World Relief, préparer une présentation des données de l'évaluation à mi-parcours et soutenir l'animation d'une réunion au niveau national (et, si nécessaire, infranational). Le rôle du consultant dans cette réunion ou cet atelier peut varier d'un présentateur à des rôles de soutien, en préparant du matériel, selon les demandes du bureau de World Relief.

2. EXIGENCES GÉNÉRALES

PROFIL DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

L'équipe de consultation doit être en mesure de démontrer une expérience dans la production de livrables et d'activités similaires et doit fournir au moins deux références pour ce travail, à contacter par le personnel technique de World Relief Haïti. Les qualifications pour le consultant principal et son équipe comprennent :

- Maîtrise ou diplôme supérieur dans un domaine pertinent (par exemple santé publique, gestion de projet, développement communautaire) pour le consultant principal. Ce dernier ou tout au moins un autre membre de l'équipe doit être un évaluateur.
- Maîtrise ou diplôme d'études supérieures en statistiques et en analyse de données. Capacité à développer des outils analytiques et à mener des analyses spécialisées à partir de sources de données multiples.
- Vaste expérience des évaluations de programmes de base, à mi-parcours et finales et / ou des études de santé publique et des statistiques appliquées dans les pays en développement. Les candidats à ce prix doivent être légalement enregistrés et avoir au moins cinq ans d'expérience prouvée dans la réalisation d'au moins trois activités similaires dans des contextes applicables. Un intérêt particulier sera porté aux expériences de conduite d'évaluations quantitatives liées à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile au niveau communautaire.

- Connaissance et expérience approfondies de l'utilisation de méthodologies d'échantillonnage statistique représentatives quantitatives en général et du LQAS en particulier et, de préférence, de la réalisation d'enquêtes KPC dans les pays en développement.
- Connaissances et expérience approfondies dans la mise en œuvre de visites et d'évaluations sur le terrain dans les établissements de santé.
- Connaissances approfondies et expérience dans la conduite de discussions de groupe et d'entretiens avec des informateurs clés.
- Expérience avérée dans la formation et la supervision liée à la collecte de données avec des enquêteurs au niveau des communautés et des établissements de santé.
- Expérience démontrée en matière d'analyse et de communication de données thématiques.
- Expérience de l'utilisation de logiciels d'analyse de données tels que SPSS, STATA, R, Access ou EPI info.
- Confortable dans l'utilisation d'ODK (open data kit) pour la création de formulaires ; expérience de la plateforme ONA fortement préférée.
- Excellentes compétences en matière de rédaction, de communication et de présentation de rapports.
- Expérience de travail avec le gouvernement et les partenaires locaux en Haïti.
- Maîtrise de l'anglais parlé et écrit.
- Connaissance des langues locales.
- Préférence pour les priorités des programmes transversaux, tels que l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, la jeunesse, etc.

NB : Seul les dossiers pour une équipe d'évaluation seront considérés. Les dossiers de candidature individuelle sans les documentations de l'équipe accompagnante ne seront pas admis.

Annexe

- CV de 3 pages maximum pour chaque membre clé de l'équipe.
- Exemple/extrait de 3 pages maximum, d'un rapport présenté dans le cadre d'une étude antérieure. Un échantillon d'un rapport d'évaluation ou de Baseline est préférable.
- Liste d'expériences de nature similaire réalisée dans le passé, y compris les coordonnées des références.
- Des informations supplémentaires sur la situation financière, la gestion et la conformité du soumissionnaire, telles qu'assurance et des certifications signées, des questionnaires préalables à l'attribution, des formulaires de non conflit d'intérêts et des politiques de protection de l'enfance signées, peuvent être demandées par la World Relief après l'examen des demandes.
- Tous les membres de l'équipe doivent fournir une déclaration signée attestant de l'absence de conflit d'intérêts ou décrivant un non conflit d'intérêts existant par rapport au projet ou à l'activité évalués (c'est-à-dire un formulaire de non conflit d'intérêts).
- Copie de patente valide du consultant ou de la firme.

World Relief est le seul propriétaire de toutes les données et les résultats ne peuvent être partagés ou reproduits qu'avec l'autorisation de World Relief. Veuillez également noter que le contenu du rapport sera analysé par le personnel affecté à World Relief et que le paiement final ne sera effectué qu'après acceptation du rapport final par la direction de World Relief SCOPE. Une liste de contrôle de l'exhaustivité du rapport d'enquête du KPC sera utilisée pour s'assurer que le rapport est complet et conforme aux normes internationales.

DATE LIMITE DE SOUMISSION : vendredi 24 mars 2022 à 15h45 au 11, Rue Dr Noël, Delmas 83

CHRONOLOGIE

La mission devrait commencer le **1^{er} avril 2022** et devrait prendre un maximum de 60 jours ouvrables, ce qui comprend le temps de préparation, la collecte de données sur le terrain et les livrables comme indiqué ci-dessus. Le rapport final doit être remis au plus tard le **31 Août 2022**.

3. INSTRUCTIONS SUR LA PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Cette section fournit les instructions aux demandeurs sur la façon de préparer leur demande de soumission. Les soumissionnaires qui ne suivent pas ces instructions peuvent ne pas être prises en considération pour ce contrat.

Un consultant ou une organisation ne peut soumettre plus d'une (1) demande. Les soumissionnaires sont encouragés à soumettre une documentation qui répond d'abord aux critères d'éligibilité et qui traite de tous les éléments cités dans les instructions de la demande.

Seuls les candidats présélectionnés ou recommandés pour un financement seront contactés. Une recommandation de financement dépend de la disponibilité des fonds. Le candidat retenu se verra attribuer un contrat par World Relief.

3.1 Format de la demande

Les demandes devront être paginées et avoir un interligne d'au moins 1,5. La longueur autorisée des demandes exclut les pages liminaires (page de titre, des acronymes, table des matières etc.) ne doivent pas dépasser 8 pages. Toutes les demandes doivent être dactylographiées sur du papier de format lettre standard (8 ½ x 11") avec des marges de 1", la police devra être le Calibri ou le Times New Roman de 12 points. Le texte de la demande doit être aligné ou justifié. Sauf sur demande, les candidats ne doivent pas soumettre d'autres documents que ceux demandés dans cette section.

Les demandeurs doivent soumettre tous les documents en copie dure à l'adresse suivante : **11, Rue Dr Noël, Delmas 83**. La proposition technique et les documents budgétaires correspondants doivent être **séparément soumises sous plis cachetés**. Les demandeurs ne doivent pas inclure de photographies dans leur demande.

N'inclure que les informations nécessaires pour permettre une compréhension claire de la capacité technique et organisationnelle existante de l'organisation, et le plan proposé pour la mission d'assistance technique. Des informations plus détaillées que nécessaire, ainsi qu'un manque de détails peut nuire à la clarté d'une demande. Supposons que le lecteur ne soit pas familier avec le contexte particulier dans lequel le projet sera mis en œuvre. Réduisez au minimum ou évitez autant que possible l'utilisation de jargon et d'acronymes. Si des acronymes ou des abréviations sont utilisés, incluez une page séparée définissant les termes.

3.2 Sommaire proposée

1. Page de couverture - Indiquez le nom du consultant ou de la firme qui soumet l'offre, le titre du projet, le pays, les dates proposées pour le projet (par exemple, du 16 Avril 2022 au 31 Août 2022), le montant demandé (en USD) du financement, ainsi que le nom, l'adresse du bureau, les numéros de téléphone et de télécopie, l'adresse électronique de la personne responsable de la demande et d'un suppléant.
2. Table des matières
3. Liste des acronymes
4. Plan d'évaluation (3 pages maximum) : Cette section de la demande doit indiquer comment le candidat réalisera les activités et les résultats attendus présentés à la section 1.5. du présent document ; elle doit être spécifique, complète et concise. Elle doit proposer un plan d'échantillonnage (y compris la stratification et la marge d'erreur/niveau de confiance, et la méthode de sélection des ménages/répondants proposée), un plan d'analyse et un calendrier.
5. Composition de l'équipe (2 pages maximum): Cette section donne un aperçu de la dotation en personnel des activités du projet proposé, y compris les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe, et une explication de la manière dont l'équipe proposée répond aux critères énoncés à la section 2. Cette section doit inclure un tableau présentant les membres de l'équipe proposés avec les rôles, les responsabilités, les compétences/spécialités de chaque membre de l'équipe dans le cadre de l'évaluation.

6. Expériences passées (2 pages maximum) : Cette section de la demande fournit des informations sur la capacité du demandeur à entreprendre ce projet ainsi que sur les performances passées du demandeur dans la mise en œuvre de projets d'une ampleur et d'une complexité similaires. Cette section doit :

- a) Expliquer comment le demandeur possède l'ensemble des compétences nécessaires pour mettre en œuvre le projet de manière efficace et efficiente ;
- b) Démontrer la capacité du demandeur à planifier, mettre en œuvre et soutenir la gamme d'activités dans le cadre du projet.

7. Coût (1 page maximum) : Veuillez résumer le coût pour atteindre les objectifs fixés dans la section 2 en USD et en gourde avec un taux fixé. Inclure une brève explication de la justification du coût. Le paiement sera basé sur la réalisation satisfaisante des produits livrés. Cette justification des coûts doit également démontrer que le demandeur :

- Dispose de ressources financières adéquates ou a la capacité d'obtenir les ressources nécessaires à l'exécution de l'accord ;
- A la capacité de respecter les conditions de l'accord, en tenant compte de tous les engagements existants et futurs du demandeur ;
- A un dossier satisfaisant en matière d'intégrité et d'éthique commerciale ;
- Est autrement qualifié et éligible pour recevoir un contrat en vertu des lois et règlements applicables.

3.3 Annexes :

- a) CV de 3 pages maximum pour chaque membre clé de l'équipe
- b) Exemple/extrait de 3 pages maximum, d'un rapport présenté dans le cadre d'une étude antérieure. Un échantillon d'un rapport d'évaluation ou de Baseline est préférable.
- c) Liste d'expériences de nature similaire réalisée dans le passé, y compris les coordonnées des références. Veuillez utiliser le modèle figurant à l'annexe I.
- d) Copie de patente valide du consultant ou de la firme soumissionnaire

NB : Les informations telles que décrites dans 3.1, 3.2 et 3.3 permettront d'établir les critères d'éligibilité et de recevabilité de chaque soumission par le comité de sélection. Ainsi il est formellement conseillé à chaque soumissionnaire de bien vouloir en prendre connaissance et appliquer les normes telles qu'édictées ici. Si non, leurs propositions (techniques et financières) peuvent faire objet de non recevabilité ou d'élimination en cas de non-respect.

3.4 Processus de sélection

Le consultant sera sélectionné par le biais d'une procédure de passation de marchés transparente, conformément à la politique de passation de marchés de la World Relief. Toutes les candidatures seront évaluées par le comité interne de passation des marchés de l'organisation et le candidat approprié sera sélectionné. Le candidat approprié sera engagé selon les procédures de passation de marchés de la World Relief.

La proposition technique sera évaluée conformément aux critères énoncés ci-dessous. Par la suite, le budget proposé sera examiné pour déterminer si elle est raisonnable, si elle est admissible et si les coûts peuvent être répartis. L'attribution sera faite au candidat dont la proposition technique et le budget offre la plus grande valeur pour cette étude baseline, et se fera sur la base du classement des demandes selon les critères de sélection technique identifiés ci-dessous.

Critères d'évaluation des offres

Toutes les demandes seront examinées pour s'assurer qu'elles sont complètes et adaptées. Dans le cadre de cette évaluation, la firme doit avoir une patente valide pour être éligible. Toutes les candidatures jugées complètes par le comité de sélection seront ensuite examinées et évaluées en fonction des critères de sélection de la World Relief décrits.

Les candidatures féminines sont fortement recommandées.

Les dossiers incomplets ne seront pas examinés et la WR n'est pas tenue d'en informer les postulants.

3.5 Modalités de paiement

Les modalités de paiement sont stipulées comme suit :

- a) 30% après la signature du contrat
- b) 40 % à la présentation du 1^{er} draft de rapport
- c) 30% à l'approbation du rapport final

La WR peut résilier le contrat pour des performances insatisfaisantes ou pour d'autres raisons qui seront exposées dans le contrat. Si le contrat est résilié, WR ne sera responsable que du paiement de la partie des honoraires gagnés à la suite de travaux effectivement et de manière satisfaisante avant la date effective de la résiliation. Tous les matériels et informations créés dans le cadre de cet accord ainsi que les factures pour les services rendus seront soumis à WR avant le dernier jour de la résiliation de l'accord.