

**PROJET :  Appui Prénatal, Périnatal, Postnatal et Nutritionnel (A3PN**)

**DEPARTEMENT : Grand-Anse et Sud**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’évaluation** | Évaluation Finale du projet A3PN |
| **Méthodologie d’évaluation espérée** | Méthode quantitative et qualitative |
| **Zones d’études**  | Sud (Camp-Perrin, Chantal, Saint Jean du Sud) Grand-Anse (Corail, Roseaux, Moron, Hanse d’Hainault, Les Irois) |
| **Nombre d’évaluateurs** | Un.e consultant.e (qui sera chargé.e de recruter du staff pour réaliser le travail) |
| **Date de départ et de fin y compris la soumission de rapport final** | Date de début : 7 octobre 2019 – Date de fin : 6 janvier 2020  |
| **Délai de réception des manifestations d’intérêt** | 23 Aout 2019 |

Table des matières

[Liste des acronymes 3](#_Toc14163351)

[1. Présentation du projet 4](#_Toc14163352)

[1.1 Contexte et justification 4](#_Toc14163353)

[1.2 Zones d’intervention du projet 5](#_Toc14163354)

[2. Objectif de l’évaluation finale 6](#_Toc14163355)

[3. Audience et parties prenantes 6](#_Toc14163356)

[4. Critères et questions d’évaluation 7](#_Toc14163357)

[5. Méthodologie 10](#_Toc14163358)

[5.1 Approche quantitative 10](#_Toc14163359)

[5.2 Approche qualitative 10](#_Toc14163360)

[6. Gestion de l’évaluation au niveau de CRS 12](#_Toc14163361)

[7. Responsabilités des deux parties 13](#_Toc14163362)

[7.1 Obligation du consultant 13](#_Toc14163363)

[7.2 Obligation de CRS 14](#_Toc14163364)

[8. Calendrier d’activités et livrables 15](#_Toc14163365)

[9. Considération sur le plan éthique 17](#_Toc14163366)

[10. Qualification du consultant et procédures d’application 17](#_Toc14163367)

[10.1 Qualification du consultant 17](#_Toc14163368)

[10.2 Procédures d’application 17](#_Toc14163369)

# Liste des acronymes

|  |  |
| --- | --- |
| Acronyme | Définition |
| AMC | Ministère Affaires mondiales Canada |
| FPGL | Fondation Paul GérinLajoie |
| CRS | Catholic Relief Services |
| MSPP | Ministère de la Santé publique et de la Population |
| USI | Unité de Santé Internationale |
| MNE | Mères, nouveau-nés |
| GD | Groupe de Discussion |
| DSS | Direction Sanitaire du Sud |
| DSGA | Direction Sanitaire de la Grand ’Anse |
| MUSO | Mutuelle de Solidarité |
| ASCP | Agents de Santé Communautaires Polyvalents |
| CMR | Cadre de Mesure du Rendement |
| SD’E | Sections d’énumération |
| EFH | Égalité Femmes Hommes |
| ÉG | Équité Genre |
| PPT | Probabilité Proportionnelle à la Taille |
| IEC | Information Éducation Communication |
| MCFDF | Ministère a la condition féminine et aux droits des femmes |

# Présentation du projet

## Contexte et justification

Le projet Appui prénatal, périnatal, postnatal et nutritionnel (A3PN) en Grand-Anse et au Sud d’Haïti est financé par Affaires mondiales Canada (AMC), à travers l’initiative des partenariats pour le renforcement de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (PRSMNE). Le projet est mis en œuvre par la Fondation Paul Gérin-Lajoie (FPGL) comme maître d’œuvre, en partenariat avec le Catholic Relief Services (CRS) comme partenaire terrain en Haïti et l’Unité de santé internationale (USI) et TRANSNUT, Centre collaborateur OMS sur la transition nutritionnelle et le développement du département de nutrition, tous deux de l’Université de Montréal, comme partenaires canadiens. Le projet collabore avec les Directions sanitaires du Sud (DSS) et de la Grand-Anse (DSGA) du Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). Le projet a comme objectif ultime de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les régions ciblées par le projet, plus précisément dans les départements de la Grand’Anse et du Sud d’Haïti. Les approches et stratégies utilisées dans le projet sont organisées autour de trois résultats intermédiaires déterminés par AMC et huit résultats intermédiaires déterminés par le projet :

1. L’amélioration de la prestation des services de santé essentiels fournis aux MNE et du taux d’utilisation de ces services ;
	1. Offre améliorée de services et de soins obstétriques et pédiatriques essentiels par les dix centres de santé en tenant compte de l’ÉS ;
	2. Offre améliorée de services et de soins obstétricaux et pédiatriques essentiels au niveau communautaire par les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP) ;
	3. Mobilisation communautaire et institutionnelle accrue pour encourager l’utilisation des services de santé par les MNE ;
2. L’augmentation du taux de consommation d’aliments nutritifs, produits localement et respectant l’environnement, et de suppléments alimentaires par les MNE ;
	1. Pratique accrue de l’initiation précoce à l’allaitement, de l’allaitement exclusivement naturel et des pratiques exemplaires pour l’alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, filles et garçons, d’aliments nutritifs, produits localement et respectant l’environnement ;
	2. Dépistage et référence améliorés des cas de malnutrition et de carence nutritive chez les MNE ;
	3. Distribution accrue de micronutriments, de vitamines et d’antiparasitaires ;
3. L’augmentation du taux de diffusion et d’utilisation des données démographiques locales pour les femmes et les hommes par les bureaux d’enregistrement des actes d’état civil, les partenaires locaux et les dirigeants ;
	1. Utilisation accrue des données sur les naissances et décès maternels et infantiles, filles ou garçons, pour la prise de décisions par les acteurs locaux afin d’améliorer la prestation des services de santé offerts aux MNE ;
	2. Utilisation accrue des données sur la diversité alimentaire et l’alimentation des MNE pour la prise de décisions par les acteurs locaux afin d’améliorer les services offerts en nutrition.

Le projet applique des stratégies en conformité avec les objectifs nationaux en matière de santé MNE. Il intègre dans sa conception les standards de protocole de promotion de la santé des MNE, de prévention des risques et maladies pour le groupe MNE et de prise en charge des états pathologiques. Pour cela, le projet A3PN fait appel à des experts en santé publique de l’USI et des experts nutritionnels de TRANSNUT pour la mise en œuvre de certaines composantes du projet, comme la recherche et le transfert des connaissances.

Le projet A3PN assure une articulation forte entre des interventions multisectorielles (santé, nutrition, éducation, microfinance, agropastorale). Toutes les activités sont agencées et échelonnées de façon cohérente pour une amélioration durable et pérenne de la santé du bien-être des MNE.

Des stratégies transversales sont également mises en œuvre dans le cadre du projet A3PN :

* **L’égalité des sexes**: afin de favoriser une participation pleine et entière des femmes et des hommes, des filles et des garçons et une réduction des disparités dans l’accès aux soins et services de santé.
* **Protection de l’environnement** : par le respect, l’observation et la promotion de toutes les directives établies à l’échelle nationale et internationale en matière de protection de l’environnement.
* **Bonne gouvernance**: par le renforcement des liens entre les différents acteurs pour une bonne harmonisation des pratiques. Pour ce faire, le projet a privilégié le rapprochement entre les acteurs clés et l’établissement ou le renforcement de dialogue entre les différents niveaux décisionnels, tant aux niveaux départementaux, communaux ou locaux.

## Zones d’intervention du projet

L’étude se réalisera dans les communes de deux départements : Grand ‘Anse et Sud. Les communes pour les deux régions sont Corail, Roseaux, Moron, Hanse d’Hainault, et Les Irois dans la Grand’Anse et Camp-Perrin, Chantal et Saint Jean du Sud dans le Sud, soit au total 8 communes. La liste des sections d’énumération (SD’E), les localités et les sections communales touchées par le projet à travers ces deux régions seront communiquées à la personne consultante.





#

1.3 Parties prenantes

La participation des parties prenantes est essentielle pour la réalisation de l’évaluation finale du projet. Dans ce contexte, la personne consultante doit s’assure que les parties prenantes de l’intervention soient consultées à travers le processus d’évaluation. À noter, la personne consultante ne doit en aucun temps partager l’ébauche d’un livrable avec les parties prenantes sans l’approbation du projet. Cela est nécessaire afin d’assurer la qualité du processus d’évaluation.

**Partenaires de coopération (agences d’exécution ou organisations de mise en œuvre).**

La Fondation Paul Gérin-Lajoie (FPGL) est une organisation à but non lucratif basée à Montréal au Canada qui a pour mission de contribuer à l’amélioration des conditions de vie des populations par une éducation de qualité. Dans le cadre de ses intervention, l’organisation œuvre au renforcement des capacités des communautés dans les domaines suivants : éducation de base, formation et insertion professionnelle, autonomisation et développement socio-économique, santé et sécurité alimentaire, éducation à la citoyenneté mondiale, développement durable et respect de l’environnement et égalité des genres et respect des droits humains.

Catholic Relief Services Haïti (CRS) est une organisation de la Conférence catholique américaine présente en Haïti depuis plus de 50 ans. CRS œuvre à combattre la pauvreté, créer une société plus forte et juste, et aide les communautés à développer les connaissances, la compréhension et les compétences pour permettre les changements désirés. Les secteurs d’intervention de CRS en Haïti sont la gestion des urgences, l’éducation, la santé et les services sociaux, l’agriculture et le partenariat.

TRANSNUT, centre collaborateur de l’OMS sur la transition nutritionnelle et le développement, est un groupe de recherche sur la transition nutritionnelle créée en 2000 à l’Université de Montréal. TRANSNUT a pour objectifs généraux de 1) promouvoir la recherche, la formation et la surveillance quant aux questions liées à la transition nutritionnelle ; 2) poursuivre la recherche, la consultation et l’élaboration des interventions visant à mieux comprendre et gérer les problèmes liés à la transition nutritionnelle et aux maladies chroniques qui y sont associées, 3) Assurer le transfert des connaissances relatives aux enjeux systémiques et individuels dans la gestion nutritionnelle afin de prévenir les maladies chroniques liées à la transition nutritionnelle.

L’Unité de Santé Internationale (USI) a été créé en 1989 et œuvre à coordonner et soutenir, le plan académique, professionnel et administratif, les activités internationales et l’exécution des projets de santé internationale de l’Université de Montréal. Les principaux domaines d’intervention de l’USI sont la santé et les populations ainsi que les politiques, programmes et services.

**Parties prenantes principales (bénéficiaires directs)**

Le projet vise à améliorer la santé des mères, des enfants et des nouveau-nés et pour ce faire, le projet vise à rejoindre 100 195 personnes dans les régions de la Grand ’Anse et du Sud, ventilées comme suit : 34 450 femmes (80% des femmes enceintes et allaitantes et 70% des femmes en âge de procréer) ; 10 169 hommes (30% des hommes adultes) ; 26 612 filles et 28 965 garçons (soit 80% des enfants de 0-14 ans et 40% des adolescents 15-19 ans).

Le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) est l’organe de l’Exécutif chargé de formuler et d’exécuter la politique de Santé Publique Nationale. Il a pour mission de garantir à tous les citoyens sans distinction de droit à la vie, à la santé et leur procurer, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé. Le projet collabore plus précisément avec la Direction de la Santé de la Famille (DSF), la Direction Sanitaire du Sud (DSS) et la Direction Sanitaire de la Grand ‘Anse (DSGA). Pour atteindre les objectifs visés par le projet, 75 agents de santé communautaires polyvalents (ASCP) ont été formés et mis à l’œuvre (72 sont toujours actifs).

Le projet appui le renforcement des capacités de dix centres de santé situés dans huit communes par le renforcement des compétences de son personnel et par une réhabilitation de ses installations propres à la santé des MNE.

**Organisations donatrices**

Affaires mondiales Canada (AMC) est le principal bailleur de fonds du projet A3PN. AMC est responsable de gérer les relations diplomatiques du Canada, fournir les services consulaires aux canadiens, faire la promotion du commerce international du pays et diriger le développement international et l’aide humanitaire du Canada. En 2017, le gouvernement canadien s’est abrogé une nouvelle politique d’aide internationale féministe qui s’articule autour de six axes : 1) égalité des genres et renforcement du pouvoir des femmes et des filles, 2) Dignité humaine, 3) Croissance au service de tous, 4) Environnement et action pour le climat, 5) Gouvernance inclusive, et 6) Paix et sécurité. De plus, le gouvernement canadien a initié en 2018 un Appel à l’action pour une coopération canadienne robuste en faveur du système de santé d’Haïti dont la FPGL est signataire. Cette démarche réitère son engagement dans le secteur de la santé dans le Pays.

1.4 Opérationnalisation du projet

La mise en œuvre du projet compte sur une équipe de projet et des intervenants impliqués au sein des différentes parties prenantes.

La FPGL est le maître d’œuvre de l’initiative et assure le lien entre le bailleur de fonds et l’équipe de gestion du projet par l’entremise d’une personne chargée de projets. Celle-ci reçoit l’appui de la Direction des programmes internationaux et du département administratif et financier.

CRS est responsable de mettre en œuvre le projet en Haïti. Le personnel du projet est composé de 19 employés et est appuyé par différents départements (MEAL, comptabilité, direction, etc.). CRS doit donc planifier, mettre en œuvre et faire le suivi des activités du projet tout en s’assurant de respecter les normes administratives et financières d’une saine gestion de projet.

TRANSNUT a pour rôle d’appuyer le projet en encourageant la pratique de l’initiation précoce de l’allaitement et l’allaitement exclusif, ainsi que l’application de pratiques exemplaires pour l’alimentation des MNE. Pour ce faire, TRANSNUT mobilise des étudiants chercheurs et des étudiantes chercheures qui, à titre de coopérant volontaires, mènent des recherches sur les barrières à l’allaitement exclusif, la diversité alimentaire, la nutrition et l’hygiène.

L’USI contribue à l’amélioration de l’offre de services et de soins obstétricaux et pédiatriques essentiels par les dix centres de santé par le biais de formations proposées suite à l’élaboration d’un diagnostic de besoins.

Le MSPP apporte une collaboration au projet, afin que ce dernier puisse bien intégrer les politiques et priorités nationales en matière de santé maternelle et infantile. Le MSPP assurer la disponibilité en temps opportun des ressources humaines des DS pour participer aux visites de supervision et d’évaluation.

AMC a pour rôle de s’assurer que le projet A3PN intègre et respecte les obligations du Canada.

Pour assurer la mise en œuvre du projet, différents comités sont organisés et partenariats sont établis.

Comité de gestion : Composé de la personne chargée de projets de la FPGL et de la personne coordonnatrice du projet de CRS. Ce comité se rencontre régulièrement dans le cadre de rencontres à distances en fonction des suivis à effectuer.

Comité de mise en œuvre – partenaires canadien : Ce comité se rencontre à deux reprises par année et permet de faire le suivi et donner une vision plus globale des actions aux différents partenaires du projet.

Comité de pilotage : Constitué de la FPGL, CRS, MSPP et AMC, ce comité se rencontre annuellement et offre les pistes directrices pour la planification des interventions.

Comité SMNE en Haïti : Le projet A3PN prend part aux initiatives d’AMC qui favorise une approche harmonisée des interventions canadiennes en santé maternelle et infantile en Haïti.

# Objectif de l’évaluation finale

Le rapport final sera utilisé, d’une part, pour affiner la phase de sortie et de transfert des activités en vue d’assurer la durabilité des résultats du projet et, d’autre part, pour valider les résultats obtenus dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, de documenter les leçons apprises et de fournir des informations importantes aux acteurs gouvernementaux et aux autres partenaires clés pour aider dans les décisions politiques et les efforts en matière de plaidoyer dans le secteur santé. L'évaluation portera, entre autres sur : (i) la validation des résultats obtenus dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, qui fut le but ultime du projet, (ii) la mesure des indicateurs d’impact et d’effet du projet au cours de son exécution à titre comparaison à la ligne de base, (iii) la mise en application et l’adoption des bonnes pratiques en santé, en hygiène et en nutrition, (iv) l’apport des activités MUSO et agropastorale dans les communautés cibles par le projet, (vi) l’apport des ASCP au sein des communautés en termes d’impact sur les indicateurs de santé communautaire (vii) les résultats obtenus sur l’égalité entre les femmes et les hommes dans les communautés. Cette évaluation cherchera également à déterminer les raisons expliquant des réussites et des échecs afin de capitaliser et diffuser les enseignements tirés du projet aux acteurs concernés, et en particulier au MSPP, pour guider ses actions futures dans ce domaine.

Cette évaluation se basera sur le Cadre de Mesure du Rendement (CMR) et l’ensemble des données recueillies par le système interne de suivi et évaluation du projet : rapports d’activité, rapport de données de base, enquêtes internes, base de données, etc.

# Audience et parties prenantes

Cette évaluation est initiée à la demande de La Fondation Paul Gérin-Lajoie, lead du Projet ; le partenaire terrain Catholic Relief Services, les partenaires canadiens TRANSNUT et USI de l’Université Montréal et enfin, par le MSPP en tant qu’organe régulateur dans le domaine de santé publique en Haïti. L’appui financier est fourni par le bailleur de fonds principal, le Ministère des Affaires mondiales Canada (AMC).

# Critères et questions d’évaluation

Les données supplémentaires qui seront également collectées à travers l’évaluation finale par des enquêtes approfondies sur le terrain permettront de répondre aux questions suivantes liées à :

La pertinence du projet, à savoir :

Dans quelle mesure les résultats répondent aux objectifs du projet ;

Comment le projet contribue à la résolution du ou des problème(s) identifié(s) au départ du projet ;

Les activités et résultats intermédiaires du projet sont consistants par rapport à ses objectifs stratégiques et buts ;

L’efficacité du projet, à savoir :

Dans quelle mesure les objectifs du projet ont été atteints ;

Les principaux facteurs responsables de la réalisation ou de l'échec des objectifs du projet ;

L’efficience du projet, à savoir :

Dans quelle mesure les coûts des activités ont été gérés de manière économique ;

Dans quelle mesure les objectifs ont été atteints à temps ;

L’efficacité de la mise en œuvre du projet par rapport aux autres alternatives d’implémentation ;

L’effet/L’impact du projet, à savoir :

Le changement que le projet commence à apporter au niveau de la zone (Qu’est-ce qui change ? Qu’est-ce qui ne change pas ? Comment et pourquoi ? Quels sont les facteurs qui occasionnent le changement ? Quels sont les obstacles au changement ? etc.) ;

La différence réelle que le programme a faite pour les bénéficiaires comme un résultat des activités ;

La durabilité du projet, à savoir :

Dans quelle mesure les résultats du projet se consolideront après la fin du financement des bailleurs de fonds ;

Les principaux facteurs responsables de la réalisation ou de l'échec de la durabilité du projet.

**En plus des questions d’évaluation citées plus haut, d’autres éléments seront pris en considérations en rapport avec :**

Égalité entre les femmes et les hommes (EFH), à savoir

Quels résultats ont été atteints par le projet à la suite de l’application de la stratégie EFH par des activités IEC en termes d’accès aux services de santé maternelle et infantile ;

Comment l’atteinte des résultats escomptés aurait-elle pu être améliorée en termes d’EFH ;

Est-ce que les interventions ou activités (MUSO, agropastorales, IEC,) ont contribué à réduire les inégalités fondées sur le sexe en ce qui concerne l’image, le rôle et le statut de la femme dans la société et dans la famille ;

Est-ce que l'intervention a contribué à réduire les inégalités fondées sur le sexe en ce qui concerne l'accès et le contrôle des ressources ;

Quels sont les besoins de renforcement toujours présents au niveau des formations sanitaires et des structures déconcentrées du MCFDF (Ministère à la Condition féminine et aux Droits des femmes) ;

Environnement, à savoir :

Est-ce que les activités ont été mises en œuvre selon les normes de protection de l’environnement ;

Si ces pratiques ont été mises en œuvre, ont-elles été efficaces à prévenir les impacts environnementaux négatifs ou à améliorer la gestion de l’environnement ;

Les risques :

Les évaluateurs auront à vérifier si les risques pouvant nuire au bon déroulement du projet ont été bien identifiés. Ils devront aussi vérifier que les mesures prises pour réduire les effets de ces risques ont été réalistes et suffisantes.

Leçons apprises et bienfondé :

Les évaluateurs devront identifier pour le projet, les leçons apprises (sur le plan du développement et des opérations) ainsi que les perspectives qui peuvent être envisagées.

**Tableau 1 : Données à collecter lors des enquêtes quantitatives- Indicateurs clés.**

|  |  |
| --- | --- |
| Populations des bénéficiaires / Catégorie | Les bénéficiaires directs du projet sont : 80% des femmes enceintes et allaitantes et 70% des femmes en âge de procréer, 30% des hommes adultes, 80% des enfants de 0-14 ans et 40% des adolescents-es de 15-19 ans plus précisément les enfants de moins de cinq ans (0-59 mois).À cela s’ajoutent les institutions gouvernementales (directions sanitaires), bureaux d’enregistrement des actes d’état civil, les centres de santé, les membres des comités communautaires, les membres des clubs de mères, etc. |
| Nombre d’enquêtes/ Type / strate | En fonction des directives méthodologiques fournies par CRS, le consultant est libre de déterminer le nombre d’enquêtes à réaliser, les strates, etc.Il est important de déceler les tendances pour les femmes cheffes de ménages et les hommes chefs de ménage. La désagrégation des données par sexe est primordiale pour cette évaluation pour faire ressortir les différences liées au genre. |
| Méthodes d’échantillonnage et taille d’échantillons | Les méthodes d’échantillonnage utilisées lors de l’enquête de base seront utilisées au cours de l’évaluation finale. La formule de Bernoulli sera utilisée pour déterminer la taille de l’échantillon. Les unités statistiques seront le ménage, les bureaux d'enregistrement des actes d'état civil, les institutions gouvernementales, les centres de santé et les partenaires locaux. |
| Indicateurs de résultats | * Pourcentage du nombre de femmes qui, lors de leur grossesse, ont reçu au moins quatre visites de travailleurs de la santé ;
* Pourcentage du nombre de mères et de nourrissons, fille ou garçon, qui ont reçu des soins postnatals dans les deux jours après l'accouchement ;
* Pourcentage du nombre d'enfants, fille ou garçon, âgés de moins d’un an et de 12 à 23 mois qui ont été vaccinés contre la rougeole, [la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, hépatite, B (Pentavalent) Rotavirus (RR) la poliomyélite, Polio] ;
* Pourcentage du nombre d'enfants, fille ou garçon, âgés de 0 à 59 mois atteints de diarrhée qui ont reçu des sels pour réhydratation orale et/ou des suppléments de zinc ;
* Pourcentage de nourrissons, fille ou garçon, âgés de 0 à 5 mois nourris exclusivement par allaitement ;
* Pourcentage de nouveau-nés, fille ou garçon, allaités une heure après la naissance, et dans les 24 heures ;
* Pourcentage du nombre d'enfants, fille ou garçon, âgés de 6 à 23 mois qui mangent des aliments provenant de 4 groupes alimentaires ou +, et produits localement ;
* Pourcentage du nombre d'enfants, filles ou garçons, âgés de 6 à 23 mois qui mangent des aliments entiers, en bouillie ou en purée à fréquence minimale ou + ;
* Pourcentage d'enfants âgés, filles ou garçons, de 6 à 59 mois, qui ont reçu deux doses de vitamine A au cours de l'année précédente ;
* Pourcentage du nombre de naissances, de décès, chez les filles et les garçons, et des causes de décès enregistrés ;
* Pourcentage d’enfants, fille et garçon, ayant reçu des antiparasitaires ;
* Fréquence à laquelle la collecte des données est effectuée, et portée de leur diffusion et de leur utilisation dans le processus local de prise de décision et de planification.
 |
| * Autres informations à fournir
 | * Données anthropométriques (en pourcentage) sur les mères et les enfants : mesure du poids, de la taille/ longueur, et/ou du périmètre brachial chez les enfants de 0-24 mois et les mères de 15-49 ans ;
* Résultats et analyse de l’état d’anémie ferriprive chez les enfants de 6-24 mois et les mères de 15-49 ans en utilisant l’Hémocue ;
* Résultats et analyse de la diversité alimentaire chez les mères de 15-49 ans :(FAO, 2013(fr)) ;
* Résultats et analyse de la diversité alimentaire minimale chez les enfants (au moins 4 groupes alimentaires ou +) :(FAO, 2013(fr)) ;
* Résultats et analyse des aliments donnés aux nourrissons (0-5mois) non allaités ;
* Résultats et analyse de l’accès à l’eau potable et du traitement de l’eau ;
* Résultats de l’enquête qualitative (focus groupes, entretiens individuels) ;
 |

# Méthodologie

* L’évaluation finale utilisera la même méthodologie que la ligne de base pour faciliter la comparaison et l'analyse des résultats et de ce qui a marché dans le projet, et suggérer les améliorations possibles à apporter dans le cadre du développement d’un nouveau projet de santé maternelle et infantile.
* En termes de conception, l’évaluation portera sur les groupes de contrôle. Les personnes ciblées ne seront pas nécessairement des bénéficiaires, mais pourront aider le consultant à recueillir des données assez pertinentes pour les analyses comparatives afin de mesurer l’impact du projet.

## Approche quantitative

* Une enquête de ménage sera réalisée sur les deux départements cibles, plus spécifiquement Les Irois, Anse d’Hainault, Moron, Corail et Roseau dans le département de la Grand ‘Anse et Chantale, Camp-Perrin, et Saint-Jean du Sud dans le département du Sud
* Comme ça a été fait au cours de l’enquête de base, le.a consultant.e devra développer un échantillonnage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Des sections d’énumérations (SD’E) seront choisies en tout premier lieu, et des ménages seront choisis au hasard selon la méthode de promenade aléatoire. Les répondants éligibles répondront aux différents questionnaires. Les SD’E seront distribuées au hasard selon une probabilité proportionnelle à la taille (PPT) des communes et des SD’E. Tous les ménages de la zone d’enquête auront la même chance d’être choisis. Cependant, la taille de l'échantillon dépendra largement des valeurs de référence de la ligne de base et de la variance (écart type) des indicateurs de la ligne de base, ainsi que de l'effet détectable minimal souhaité à partir de l'évaluation finale.

## Approche qualitative

* L'approche qualitative cherche à collecter des données plus approfondies pour une meilleure compréhension des informations quantitatives, en particulier la santé des mères et des nouveau-nés dans les zones d’implémentation du projet. Elle permettra aussi de cerner certains aspects clés qui n’ont pas pu être couverts à travers les données quantitatives à savoir : 1) l’amélioration des services par les prestataires, 2) la capacité du gouvernement, à travers les Directions départementales de la santé, à jouer pleinement son rôle et à appliquer la stratégie nationale de santé, de santé de la famille et de santé communautaire.
* Dans le cadre de cette approche, nous utiliserons des entretiens individuels avec des informateurs clés, ainsi que des groupes de discussion.

**Entretiens individuels - échantillonnage**

* Des entretiens qualitatifs approfondis (N=5) avec les principales parties prenantes seront menés dans les zones d’intervention du projet au niveau des départements de la Grand ‘Anse et du Sud. Celles-ci incluront le manager de A3PN, 2 responsables du MSPP, 1 leader communautaire, et 1 infirmière de terrain. Il est important pour nous de cibler ces parties prenantes spécifiques en raison de leurs connaissances et de leur rôle dans le secteur de la santé materno-infantile. Nous utiliserons une méthode d’échantillonnage par choix raisonné pour capter une large gamme d’attitudes, d’opinions et d’expériences concernant la contribution du projet sur la santé des mères et des nouveau-nés. L'échantillonnage en boule de neige sera utilisé au besoin pour recruter d'autres participants pour des entretiens. Les parties prenantes seront contactées par courrier électronique ou par téléphone et les entrevues seront programmées à leur convenance. Les entretiens se dérouleront face à face ou par téléphone.

**Groupe de discussion - sélection des participants**

Pour les groupes de discussion, nous ferons référence aux responsables d’autres membres des communautés d’intervention du projet à savoir : les clubs de mères, les groupes MUSO et les membres faisant parties des activités agropastorales. Ces informateurs sont pertinents car ils sont bien imbus du projet et des activités qui y sont menées. Afin de recueillir le maximum d’information, 6 groupes de discussion seront menés à raison de 2 groupes de discussion par membres (club des mères, MUSO, agropastorale). Il est conseillé à la personne consultante et à CRS qu’à chaque fois qu'il est possible de sélectionner des hommes et des femmes parmi les participants afin d’avoir une représentation équilibrée de la participation des hommes et des femmes. Les GD seront conduits jusqu'au niveau de saturation théorique de l'information.

Ces données qui seront recueillies par le biais des groupes de discussion serviront aussi à documenter les leçons apprises et d'évaluer la durabilité des efforts.

Les focus groupes seront menés avec les responsables des institutions de santé partenaires du projet. Au cours de ces sessions de discussion, les recommandations collectées seront partagées avec la FPGL et AMC ; ce qui permettra de mieux planifier ou de réviser la stratégie de sortie du projet et du même coup serviront de base pour un éventuel nouveau projet.

Pour les groupes cibles, les partenaires et les parties prenantes seront particulièrement analysés les aspects suivants :

L’amélioration des services par les prestataires ;

Les capacités du gouvernement à jouer son rôle et à appliquer la stratégie nationale de santé, de santé de la famille et de santé communautaire ;

Les facteurs internes et externes (sociales, politiques, administratifs, économiques) qui contribuent à la réussite ou l'échec de la réalisation des activités/objectifs comme prévu ;

Comment les facteurs identifiés influencent le projet ;

Les mesures qui ont été prises pour atténuer les facteurs qui entravent/ralentissent le projet ;

Ce que CRS et les partenaires devraient faire différemment à l’avenir ?

Les activités du projet qui ont bien marché ; celles qui méritent d’être améliorées en cas d’une prolongation ou un éventuel projet de même type ; pourquoi ?

Comment les activités qui n’ont pas pu être mis en œuvre avec succès pourraient être modifiés/adaptés dans le cadre d’un autre projet ?

# Gestion de l’évaluation au niveau de CRS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Lead**  | **Support** |
| Rédaction et révision des TDR de l’évaluation | Responsables MEAL (Similien William Junior, Jovens Georges) | MEAL Regional Technical Advisor, coordonnateur de Projet, FPGL  |
| Publication de l’évaluation | RH | Coordonnateur de projet |
| Classement des dossiers Short listing  | RH | N/A |
| Étude des dossiers retenus (Bid Analysis) | RH  | MEAL, coordonnateur de projet |
| Signature du contrat | RH | Coordonnateur de projet |
| Point Focal de l’étude sur le plan technique (supervisions des activités de collecte quantitative, respect de la méthodologie) | MEAL (Jovens Georges et Similien William Junior)  | Points Focaux Sante + Chargé de Projet) |
| Budget et Modalités des paiements | RH | Finance, coordonnateur de projet |
| Logistique de l’enquête | Consultant | MEAL + chargé de projet |
| Collecte de données  | Consultant | MEAL et Responsables du Projet (en termes de supervision et de planification des activités de focus group) |
| Rétroaction au niveau du rapport  | Les parties prenantes (CRS, FPGL) | MEAL |

[[1]](#footnote-1)

# Responsabilités des deux parties

Obligation du consultant

Avant les collectes des données :

Méthodologie appropriée et adaptée au contexte du projet pour cette étude ;

Rapport du processus de recrutement et de formation des enquêteurs ;

Outils de collecte de données quantitatives et qualitatives de l’enquête (par le consultant) ;

Documents de formation des enquêteurs (par le consultant) ;

Calendrier de réalisation de l’enquête et un plan de répartition des enquêteurs sur le terrain (par le consultant) ;

Approbation du Comite Bioéthique national.

Pendant et après les collectes des données :

Assurer la logistique de l’enquête et favoriser le déplacement de l’équipe d’enquête sur le terrain (au besoin, il peut toujours requérir la participation de CRS sur une base d’accord) ;

Exécuter les activités comme planifiées, si des changements sont nécessaires, informer d’abord le coordonnateur du MEAL ou son remplaçant avant de procéder ;

Informer le coordonnateur du MEAL ou son remplaçant, dans un temps raisonnable, des progrès accomplis et les problèmes rencontrés (bilan quotidien des évènements de l’enquête par le consultant – observations faites, nombre d’enquêtes réalisées sur le nombre fixé, faits à signaler/contraintes ou problèmes) ;

Mettre en pratique les règles d’éthique d’enquête (respect de la vie privée et de l’intégrité des enquêtés, confidentialité des données recueillies) ;

Grille d’analyse de données ;

Mesure et l’analyse des indicateurs du cadre de mesure de rendement (CMR) ;

Rapports de l’étude par le.a consultant.e (un rapport préliminaire et un rapport final) ;

Base de données brutes à la fin de l’enquête de terrain et une base de données nettoyées avant la présentation du rapport final et la soumission des factures ;

Cartographie des zones d’étude ;

Accepter les rétroactions constructives ;

Respecter les délais.

Contenu des rapports à produire par le consultant

Le rapport préliminaire et le rapport final doivent contenir principalement :

Un résumé concis et succinct de cinq pages au maximum qui doit être centré sur les principaux points d’analyse, donner les conclusions majeures, les enseignements et des recommandations ;

Un texte principal qui commence par une introduction décrivant le contexte du Projet A3PN, notamment dans les zones du projet, le projet et les objectifs de l’évaluation et s’enchainant par un corps qui présente d’abord la méthodologie de l’étude et ensuite l’analyse et l’interprétation des résultats quantitatifs et qualitatifs (avec emphase sur la pertinence, l’efficacité, l’efficience, l’impact et la durabilité du programme) trouvés ;

Des conclusions et recommandations faisant l’objet d’un chapitre séparé. Chaque conclusion majeure doit être suivie de la recommandation correspondante. Les recommandations doivent être des plus réalistes, opérationnelles et pragmatiques que possible ;

Des annexes dans lesquelles se trouveront : les termes de référence, la matrice du CMR, la carte des zones couvertes par l’étude, la liste des personnes et institutions consultées avec leur référence, les formulaires de collecte de données de l’étude, les tableaux pouvant encombrer le corps du texte, des photos et autres annexes techniques (des analyses statistiques, par exemple) ;

Une bibliographie faisant référence à toutes les documentations consultées.

Au niveau de la forme, doivent être figurées au commencement du document : une page de titre, une liste des sigles et une liste des tableaux, la table des matières.

## Obligation de CRS

Fournir à la personne consultante des documents relatifs au projet ;

Fournir le matériel nécessaire pour la conduite de l’étude (tablettes androïdes etc.) si requis par le.a consultant.e sur une base d’accord ;

Assurer la formation des enquêteurs sur l’utilisation de la technologie, si requise par le.a consultant.e ;

Fournir des recommandations sur le rapport préliminaire ;

Respecter le délai de décaissement des montants alloués à chaque phase de l’étude.

# Calendrier d’activités et livrables

| **Différentes étapes de l’enquête (Activités)** | **Date d’échéance (Durée en jours)** | **Responsables** |
| --- | --- | --- |
| **Planification de l’étude** |
| Analyse et soumission TDRs pour l’évaluation finale au Coordonateur du projet et au MEAL Regional Technical Advisor pour commentaires  | Au 28 juin 2019 | Responsable MEAL / Responsables Projet A3PN |
| Analyse et soumission TDR évaluation finale (FPGL) commentaires | Au 16 juillet 2019 | Responsable MEAL / coordonnateur du Projet A3PN |
| TDR Évaluation Finale Complété | Au 30 juillet 2019 | Coordonnateur de projet |
| Publication de l’appel d’offres de l’évaluation finale du Projet | Au 8 aout 2019 | RH CRS |
| Réception des manifestations d’intérêt | Au 22 aout 2019 | RH CRS |
| Short Listing  | Au 28 aout 2019 | RH CRS |
| Analyse des dossiers et soumission du Procès-verbal (BID Analysis) | Au 4 Sept 2019 | RH CRS |
| Choix du / de la Consultant.e (Confirmer consultant.e pour évaluation finale) | Au 6 septembre 2019 | RH CRS |
| Rencontre entre le.a consultant.e avec les responsables du Projet CRS (MEAL Country, MEAL Officer, Manager, Coordonnateur etc.) sur la proposition technique (Méthodologie proposée, Planning des activités, la question d’éthique, les questionnaires d’enquêtes, budget, etc.) Méthode préconisée : face à face, Skype, échange de mail | Au 10 septembre 2019 2019 | Consultant /CRS (Responsables du Projet et Responsables MEAL) |
| Partage des documents du Projet au/ à la Consultant.e  | Au 10 septembre 2019 | CRS (Coordonnateur du Projet, Responsable MEAL) |
| Partage de la Méthodologie détaillé de l’enquête + Questionnaires Quantitatives et Qualitatives + Logistique de l’étude par le.a Consultant.e aux responsables de CRS après révision | Au 13 septembre 2019 | Consultant |
| Partage des documents de formation des enquêteurs par le consultant aux responsables de CRS | Au 18 septembre 2019 | Consultant |
| Rétroaction des parties prenantes sur les documents partagés par le.a consultant.e | Au 20 septembre 2019 | Les parties prenantes du Projet (FPGL…) |
| Ajuster les documents en fonction des rétroactions des parties prenantes | Au 24 Septembre | Consultant |
| Signature du contrat, modalité de paiements, etc. | Au 27 Septembre | RH, Consultant |
| Approbation de l’étude par le Comité National de Bioéthique du MSPP | Au 1 Octobre | Consultant |
| Formations des enquêteurs | Au 4 Octobre | Consultant |
| Pré-test du questionnaire | Au 4 Octobre | Consultant |
| Planification logistique des opérations de terrain | Au 4 Octobre | Consultant |
|  | **70 jours ouvrables** |  |
| **Démarrage de l’étude à la rédaction du Rapport**  |
| Collection de données quantitatives et qualitatives (début de l’évaluation finale) | (\*15 Jours / 7 au 18 Octobre 2019 | Consultant |
| Data Cleaning | Au 25 Octobre | Consultant |
| Analyse de données  | Au 7 novembre | Consultant |
| Rédaction du rapport et partage d’un rapport préliminaire de l’évaluation finale  |  Au 22 Novembre | Consultant |
|  | **33 jours ouvrables + 2 jours fériés** |  |
| **Feedback des parties prenantes** |
| Rétroaction, échange autour du rapport final entre le.a consultant.e et les parties prenantes en vue d’une version finale  | Au 6 décembre 2019  | CRS (Coordonnateur et Charge de projet), FPGL, AMC |
| Correction et réception de la version finale du rapport évaluation finale | Au 20 décembre 2019  | Consultant |
|  | **20 jours ouvrables** |  |
| **Restitution des résultats de l’évaluation finale** | **A déterminer** | MEAL/ Coordonnateur du Projet  |
|  | **48 jours ouvrables** |  |

# Considération sur le plan éthique

Cette étude étant considérée comme une recherche, doit avoir une approbation écrite de la part du Comité National Bioéthique du MSPP. Cette approbation sera partagée avec les responsables du projet avant le démarrage de l’étude.

Le.a consultant.e a la responsabilité de s’assurer que les principes éthiques entourant la recherche avec les êtres humains dans le cadre de cette étude, soient respectés, tels les principes de la confidentialité, de la bienfaisance et de la non-malfaisance tout au long de l’étude par l’équipe (coordonnateur, superviseurs, enquêteurs, etc.), pour tout partie de l’étude nécessitant un consentement de la part de la personne enquêtée, toute personne concernée doit poser sa signature au bas du formulaire de consentement et codé avec l’identité du ménage en question lors des interviews.

# Qualification du/de la consultant.e et procédures d’application

## Qualification du/de la consultant.e

* Détenteur d’une maitrise ou d’un doctorat en sciences de la santé publique, en sciences sociales (sciences du développement, statistique, sociologie, sciences économiques) ;
* Démontre une expérience reconnue dans la conduite d’évaluation du même type ;
* Bonne connaissance des méthodes de conduite d’enquêtes quantitatives et qualitatives ;
* Bonne connaissance des projets et indicateurs sur la santé et mortalité maternelles et infantiles et sur l’égalité entre les sexes ;
* Bonne connaissance du milieu haïtien ;
* Être capable de s’adapter et de travailler dans des conditions difficiles ;
* Être disponible pour la période de l’enquête ;
* Avoir la capacité de réaliser des études à partir des tablettes androïdes.

## Procédures d’application

**Les intéressés sont priés d’envoyer les documents ci-dessous à l’adresse email suivante :** **christelle.clerveaux@crs.org** **ou les déposer, sous enveloppes cachetées avec la mention** « **Bid pour le Projet A3PN- Évaluation finale** au bureau de CRS à Delmas 81 #1 **au plus tard le 23 aout 2019 à 4 :00 pm.**

* CV en trois (3) originales + diplômes ;
* Résumé des expériences passées dans des études du même genre ;
* Lettre d’intention en trois (3) originales ;
* Proposition technique contenant entre autres : la méthodologie de collecte de données (l’/les échantillonnage(s), une présentation des types d’enquête préconisées pour l’étude, une présentation du contenu des outils qui seront utilisés pour la collecte de données et de la méthodologie de traitement des données, la répartition des enquêteurs et superviseurs sur le terrain) et le calendrier d’activités ;
* Proposition financière.
* Copie de permis de conduire ou carte d’identification nationale ;
* Les coordonnées de trois personnes de référence.

**Les candidats sélectionnés seront consultés pour une séance d’entrevue.**

**NB**. Le consultant retenu sera habilité à établir les procédures pour le recrutement des enquêteurs.

[[2]](#footnote-2)

1. Soutien logistique et contact de routine entre le consultant et CRS « **Jovens Georges et Similien William Junior** » L'équipe de gestion interne mettra tout en œuvre pour permettre au consultant d'accéder aux ressources internes du projet. En outre, il fournira le soutien suivant au consultant :
 \* Veiller à ce que le consultant reçoive les documents clés en temps voulu.

 \* Organiser les déplacements et l'hébergement du consultant en fonction des besoins. Si requis par le consultant

 \* Planifier des réunions avec l'équipe du projet et le personnel clé. Entretiens avec des informateurs clés, à la demande du consultant.

 \* Assistera à la formation des enquêteurs et planifie des visites de supervisons durant la collecte de données. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)