

# TERMES DE RÉFÉRENCE

**Evaluation Finale Indépendante du Programme de renforcement des systèmes et des services de santé en Côte d’Ivoire, Liberia et Sierra Leone (PROSSAN – Afrique de l’OUEST)**

**Tableau récapitulatif**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du programme | Programme de renforcement des systèmes et des services de santé en Côte d’Ivoire, Liberia et Sierra Leone (PROSSAN – Afrique de l’OUEST) |
| Numéro de contrat | CZZ2603 01 Y PROSSAN |
| Secteur/s | Secteurs principaux : Santé & Nutrition, Santé Mentale et Support Psychosocial-ProtectionSecteurs secondaires : Eau, Assainissement et Hygiène, Moyens d’existence |
| Partenaires (si applicable) | 1 partenaire international SOLTHIS (Côte d’Ivoire et Sierra Leone)8 partenaires nationaux (2 Côte d’Ivoire, 3 Liberia, 3 Sierra Leone)Autorités sanitaires des 3 pays |
| Localisation (pays, région/s) | Côte d’Ivoire, Liberia, Sierra Leone |
| Durée | 3 ans |
| Date de début | 16 mai 2019 |
| Date de fin | 15 mai 2022 |
| Langue du programme  | Français et Anglais |
| Donateur(s) & contribution(s) | Principal partenaire financier : AFDContributeurs financiers : ACF, SIDA, Bank of America, Smart Pharma, Nations Unies |
| Mission responsable du programme/projet | Sylvain DUPONT |
| Siège ACF responsable  | Aurélie FERIAL, Directrice Régionale des Opérations Adjointe |
| Type d’évaluation | Finale indépendante  |
| Dates de l’évaluation  | **28 mars au 01 Juin 2022** |

**ACRONYMES**

Voir les documents de projet (Proposition de projet – NIONG, rapport intermédiaire)

## DÉTAILS DU PROGRAMME

### Carte de la zone d’opération du programme



### Justification du programme

* **Analyse du contexte :**

Depuis les années 80, les pays côtiers d’Afrique de l’Ouest, et particulièrement, la Côte d’Ivoire, le Liberia et la Sierra Leone, ont été touchés par des conflits violents, des désastres naturels (inondations) et des épidémies de grande ampleur (choléra, Ebola). Si depuis la fin de l’épidémie du virus Ebola (2014-2016), les trois pays bénéficient d’une certaine stabilité, les nombreuses crises et chocs ont mis à mal les services publics, qui peinent aujourd’hui à répondre aux besoins des populations. Les indicateurs nationaux de santé sont particulièrement révélateurs de la faiblesse des services de santé et de la précarité dans laquelle se trouvent les femmes, leurs enfants et les jeunes. Pour les trois pays, les taux de mortalité des enfants sont élevés : à l’échelle mondiale, la Sierra Leone est le second pays avec le taux le plus élevé de mortalité infantile et 4ème pour le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans[[1]](#footnote-2) . La Côte d’Ivoire et le Liberia font partie des 25 pays avec les taux les plus élevés. Les femmes des trois pays sont particulièrement vulnérables pendant leur grossesse et accouchement. : les trois pays font en effet partie des douze pays sur 183 ayant les taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, loin de la cible des 70 décès par 10’ 000 naissances vivantes (Cible 3.1 ODD 3), avec 1’360 décès pour 100’000 naissances vivantes[[2]](#footnote-3) pour la Sierra Leone – plaçant le pays en 1ère place au niveau mondial – 725 décès pour le Liberia[[3]](#footnote-4) et 614 décès pour la Côte d’Ivoire[[4]](#footnote-5). Entre 26 % et 40 % des accouchements ne sont pas assistés par du personnel de santé qualifié. Les jeunes filles sont particulièrement vulnérables aux mariages et grossesses précoces[[5]](#footnote-6). Selon le Guttmacher Institute, 30 % des grossesses des adolescentes se terminent par un avortement, contre 12 % en Afrique de l’Ouest, notamment du fait de la faible prévalence contraceptive (entre 15 % et 25 %). En matière d’infections sexuellement transmissibles (IST), les femmes sont également plus vulnérables avec une prévalence du VIH/sida plus forte dans les trois pays et particulièrement prononcée en Côte d’Ivoire : 3,7% pour les femmes et 1,9 % pour les hommes en Côte d’Ivoire (ONUSIDA, estimations 2017). Plus inquiétant encore, parmi les 15-24 ans, moins de 30 % d’entre eux ont une connaissance approfondie du virus[[6]](#footnote-7) et par exemple en Sierra Leone, près de 50 % d’entre eux pensent que le VIH/sida peut être transmis en partageant un repas avec une personne atteinte (Sierra Leone MICS 2017). La couverture en traitement antirétroviral (ART) est relativement faible dans les trois pays avec des taux compris entre 29 % et 46 % (ONUSIDA).

Dans le domaine de la nutrition, les trois pays n’ont pas non plus encore atteint les cibles fixées par l’Assemblée Mondiale de la Santé en termes de malnutrition aiguë (MAG < 5 %) et de malnutrition chronique (réduction de 40 % des enfants atteints de malnutrition chronique). La Côte d’Ivoire, le Liberia et la Sierra Leone présentent des taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale de 7,6 %, 6 % et 5,1 % respectivement et de la malnutrition chronique élevés de 21,6 %, 34 % et 31,3 % respectivement.

Les raisons de ces chiffres inquiétants sont multiples mais reposent sur plusieurs facteurs prépondérants:

* L’économie fragile : avec des taux de pauvreté (entre 46 % et 60 % de la population) et de chômage élevés, notamment parmi les femmes et les jeunes (entre 60 % et 70 % de jeunes non ou sous-employés selon l’OIT), ceux-ci ont un accès plus limité aux services de soins alors qu’ils ont besoin d’une écoute attentive et de services spécifiques.
* L’éducation et les pratiques traditionnelles néfastes : culturellement dans ces trois pays, les femmes et les jeunes sont exclus de la sphère décisionnelle à tous les niveaux créant une inégalité d’accès à l’éducation et à la santé ; les croyances (sorcellerie) et coutumes traditionnelles sont encore répandues comme l’excision des jeunes filles.
* La faible performance des systèmes de santé et notamment dans toutes ses composantes critiques, à savoir le leadership et la gouvernance, le financement, les médicaments essentiels, les prestations de service, le personnel de santé et le système d’information sanitaire. Selon l’Index de Qualité et Accès des Services Sanitaires (HQA index)[[7]](#footnote-8), la Côte d’Ivoire, le Liberia et la Sierra Leone figurent parmi les systèmes de santé les moins performants au monde.

Les gouvernements des trois pays n’ont pas encore mis en place la couverture universelle de santé, mais proposent pour le moment un système de gratuité ciblée au bénéfice des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de moins de cinq ans[[8]](#footnote-9). Cependant cette gratuité ciblée n’est pas effective, essentiellement en raison du manque d’approvisionnement des médicaments essentiels.

En outre, il est important de noter que les États se sont engagés lors de la Déclaration d’Abuja en 2001 à dédier 15% de leur budget national à la santé. Et si pour 2018/2019 la Côte d’Ivoire a prévu 17,6%, le Liberia 14% et la Sierra Leone 10%, l’expérience des années précédentes montre que les dépenses réalisées ne sont pas à la hauteur des engagements. Selon les données de l’OMS, la Côte d’Ivoire, le Liberia et la Sierra Leone ont dépensé respectivement 2,7%, 5% et 7,9%[[9]](#footnote-10) de leur budget annuel en 2015.

* **Programmes précurseurs qui sont á l’origine de ce programme :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pays | Titre du projet | Dates | Bailleurs principaux | Budget |
| Côte d’Ivoire | Renforcement de l’organisation et du fonctionnement de douze établissements sanitaires urbains de premier niveau à base communautaire conformément à leurs missions dévolues par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) | 21/11/2014 -20/11/2017 | Union Européenne | 951 644 € |
| Côte d’Ivoire | Renforcement de l'organisation et du fonctionnement de douze établissements sanitaires urbains de premier niveau à base communautaire en Côte d'Ivoire (PARSSI) | 01/01/2017 - 31/12/2018 | AFD | 600 000 € |
| Liberia | Ebola Response in Montserrado | 01/09/2014 -31/03/2016 | OFDA | 2 741 242USD |
| Sierra Leone | Strengthening Infection Prevention and Control (IPC) in Government Health Facilities in Sierra Leone | 01/05/2016 -31/01/2017 | OFDA | 371 208 USD |
| Sierra Leone | Reinforcing Institutional Capacity for treatment of acute malnutrition, Prevention of Malnutrition and National Sensitisation for Nutrition Security in Western Area, Sierra Leone | 01/06/2017 - 31/05/2018 | IrishAid | 693 087 EUR |

### Objectifs du programme

* **Objectifs généraux et spécifiques :**

**Objectif General** : contribuer à améliorer la santé des populations vulnérables en Côte d’Ivoire, Sierra Leone et Liberia, particulièrement des femmes, des enfants de moins de cinq ans, des jeunes, via des offres de soins de qualité et adaptées à leurs besoins spécifiques

**Objectif Spécifique :** renforcer la qualité et l’accès aux services de santé et d’assurer la participation active de communautés et plus particulièrement des femmes et des jeunes aux enjeux nationaux de santé.

**Résultat Attendu 1 :** Les services de santé et agents communautaires de santé proposent les activités du Paquet Minimum de Santé (PMS) de qualité et des services conformes aux normes des ministères de la Santé.

**Résultat Attendu 2** : Les populations cibles et notamment les femmes et les jeunes améliorent leurs pratiques et comportements liés à leur santé.

**Résultat attendu 3** : La participation active des organes communautaires de gestion des structures de santé et de la société civile féminine et des jeunes aux enjeux nationaux dans le domaine de la santé est assurée (uniquement pour la Côte d’Ivoire et la Sierra Leone).

Le cadre logique du programme est joint en **Annexe I.**

* **Portée géographique du programme :**

Le programme a été mis en œuvre en zones urbaines et péri-urbaines d’Abidjan, de Monrovia et de Freetown.

* Côte d’Ivoire, Région Abidjan 1-Grands Ponts et Abidjan 2, Districts sanitaires de Yopougon Est, Yopougon Ouest Songon, Cocody-Bingerville, Abobo Est, Abobo Ouest, Marcory-Treichville, Koumassi, Port Bouet-Vridi et Adjame-Plateau-Attiecoube. Le programme a ciblé 17 aires de santé et leur structure sanitaire de référence, ainsi que les services sanitaires au niveau district et régional
* Liberia, Comté de Montserrado, Districts sanitaires de Bushrod, Commonwealth, St. Paul River, Todee, Somalia et Monrovia. Le projet a ciblé 6 aires de santé et leur structure sanitaire de référence ainsi que les services sanitaires au niveau du comté de Montserrado.
* Sierra Leone, Région de l’Ouest, Districts sanitaires Western Area Urban et Western Area Rural. Le programme a ciblé 22 aires de santé et leur structure sanitaire de référence ainsi que les services sanitaires au niveau des districts.
* **Bénéficiaires ciblés :**

Le programme a proposé de répondre aux besoins les plus importants en matière de santé de la femme, des enfants et des jeunes, via un soutien aux systèmes de santé des pays à trois niveaux : 1) autorité sanitaire 2) services de santé et 3) communauté/usagers des services. Les groupes de population cibles du projet seront donc :

* Les populations des aires de santé où se trouvent les structures de santé appuyées (bénéficiaires indirects),
* Les femmes en âge de procréer (15-49 ans),
* Les enfants de moins de cinq ans,
* Les jeunes filles et garçons de 15 à 29 ans,
* Et les personnels des structures de santé.
* **Les partenaires d'exécution**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pays** | **Partenaires** | **Rôle** |
| **Côte d’Ivoire** | SOLTHIS – ONG Internationale | Assistance technique à ACF, partenaires en matière de VIH/Sida |
|  | France Volontaires | Mise à disposition d’un volontaire pour le lancement d’une étude sur les barrières liées aux consultations prénatales |
|  | AFJCI – ONG Nationale | Partenaire de mise en œuvre et expertise sur les droits des femmes et des jeunes, sur les droits en santé sexuelle et reproductive, lutte contre les VBG |
|  | MESSI – ONG Nationale | Partenaire de mise en œuvre pour la mobilisation communautaire, santé communautaire, santé des jeunes |
| **Libéria** | CHI – ONG Nationale | Mise en œuvre d’une partie des activités de santé communautaire |
|  | LAPS – ONG Nationale | Mise en œuvre des activités liées à la santé mentale, soutien psychosocial, formation des personnels de santé aux Premiers Secours Psychologiques, référencement des cas de protection |
|  | GWEI – ONG Nationale | Partenaire de mise en œuvre des activités EAH dans le cadre de la réponse COVID19 |
| **Sierra Leone** | SOLTHIS – ONG Internationale | Assistance technique à ACF, et partenaire de mise en œuvre sur les activités VIH/Sida |
| CAWEC – ONG Nationale | Partenaire de mise en œuvre d’une partie des activités de santé communautaire |
| CAPS – ONG Nationale | Partenaire de mise en œuvre de la partie psychosociale des activités de santé communautaire (Contrat de service) |
| FOCUS 1000 | Partenaire de mise en œuvre sur le volet plaidoyer visant la lutte contre les VBG. |

* **Brève description de la façon dont le programme s’inscrit dans les cadres stratégiques nationaux**

Pour la **Côte d’Ivoire,** le projet contribuera notamment :

* Au Plan national de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 qui vise à la réduction de la mortalité maternelle - priorité du gouvernement – à la poursuite de la mise en œuvre et à l’effectivité de la politique de gratuité ciblée pour garantir l'accès aux soins des groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) et à la mise en place de la couverture maladie universelle.
* Au Programme National Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance qui œuvre pour réduire la mortalité maternelle – priorité du ministère de la Santé et du gouvernement ivoiriens.

Pour le **Liberia**, le projet contribuera notamment :

* À l’agenda présidentiel en faveur des pauvres (*Pro-Poor Agenda for Prosperity and Development*) : transformer la santé en renforçant les capacités humanitaires du secteur, réduire les inégalités liées au genre et les vulnérabilités sociales et autonomiser les jeunes (*empowerment*).
* À la stratégie de santé sexuelle et reproductive via l’amélioration de la qualité des soins d’urgence néonataux et obstétriques (SUNO), des soins prénataux (CPN) et post-nataux (CPoN), via l’augmentation de la PCIME et de la participation communautaire dans la gestion de la santé de la mère et de l’enfant, ainsi qu’à travers le soutien aux programmes de santé à l’école, en fournissant des services de planning familial et de santé sexuelle et reproductive de l’adolescent (SRA).

Pour la **Sierra Leone**, le projet contribuera notamment :

* À plusieurs objectifs du plan stratégique national de la santé, notamment en termes de réduction de la mortalité maternelle, de soutien aux comités de gestion des structures de santé (FMC), à l’appui aux équipes du District Sanitaire (DHMT), à la priorisation des activités SRMNIA (RMNCAH), etc.
* À plusieurs points de la stratégie SRMNIA (RMNCAH) qui préconisent des interventions sur la santé des adolescents, notamment la prévention des grossesses précoces, l’élimination des mariages forcées et précoces ainsi que de la violence basée sur le genre. Cette stratégie encourage également à : renforcer les unités de soins de santé primaires (PHU) et les hôpitaux (afin qu’ils puissent proposer une offre adaptée aux adolescents), à renforcer les programmes de santé dans les écoles et à développer des programmes pour les jeunes déscolarisés.
* À la politique nationale pour la jeunesse et à la réduction des grossesses précoces et l’abandon du cursus scolaire par les jeunes filles.
* À la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida.
* **Brève description de la gestion du programme**

Siège ACF : Coordination avec le siège de SOLTHIS (lead du comité de pilotage) et communication avec les bailleurs. Recherche des cofinancements du projet

Missions : Un Programme manager dans chaque mission en charge du projet au niveau pays et coordination avec les partenaires pays. Une équipe de coordination technique et support vient dans chaque pays, pour appuyer les équipes projet.

* **Référence à une évaluation précédente**

Une évaluation du projet PARSSI a été réalisée en Côte d’Ivoire et fera partie des documents partagés.

### Statut actuel du programme

Le programme PROSSAN a accusé du retard en raison de la pandémie de la COVID19. Face à l’incertitude de l’ampleur de la maladie dans les 3 pays et à certaines faiblesses des systèmes de santé, ACF et ses partenaires, soutenus par l’AFD, ont décidé de réallouer une partie des fonds du programme à la réponse à l’épidémie. Cela a eu pour conséquence de dé-prioriser ou supprimer des activités initialement prévues. Les études prévues n’ont pas pu être toutes réalisées en raison de manque de financement ou de risques de duplication avec d’autres études annoncées par des partenaires externes au projet. Le programme PROSSAN a en outre souffert de roulement d’équipes techniques et programme dans sa dernière tranche de mise en œuvre (2021-2022). **Cependant cela n’a pas eu pour conséquence de dénaturer les objectifs du programme et des résultats attendus, ni l’avancée du programme.**

## BUT ET OBJECTIFS DE L’ÉVALUATION

### Justification de l’évaluation

Selon la politique d’évaluation d’ACF, une évaluation externe est nécessaire pour les projets pluriannuels. En outre, ACF et ses partenaires souhaitent proposer une nouvelle phase du programme et souhaiterait pouvoir bénéficier de cette évaluation pour nourrir les ajustements à proposer au programme.

### Objectif(s) de l’évaluation

L’objectif principal de l’évaluation est de pouvoir évaluer la performance du programme et de proposer des ajustements pour une nouvelle phase du PROSSAN

Plus spécifiquement, l’évaluation regardera la qualité selon les critères DAC de l’OCDE (voir Annexe V), ainsi que l’intégration du genre et de la jeunesse pour les activités suivantes :

* Des activités liées à la santé des jeunes et adolescent.e.s
* Des activités de supervision et de formation des centres de santé
* Des activités d’intégration du VIH/Sida
* De la réponse aux épidémies (particulièrement COVID19) en Côte d’Ivoire et Sierra Leone
* Des activités de santé communautaire et capacité à susciter le changement de comportement
* Des partenariats avec les autorités sanitaires
* Du plaidoyer et de l’approche de la santé par les droits (Côte d’Ivoire et Sierra Leone)
* Du monitoring et de la redevabilité du projet
* De l’intégration du genre

### Utilisateurs cibles de l’évaluation

* Les utilisateurs directs : les équipes de terrain d'Action Contre la Faim et ses partenaires, siège d’ACF et autres missions d’ACF.
* Les utilisateurs indirects : le réseau Action Contre la Faim, l’AFD et autres contributeurs financiers du projet, les organisations partenaires, les gouvernements nationaux, les ministères, les organisations des Nations Unies, les ONG et les groupes d’ONG ainsi que les plateformes d'apprentissage, tel qu’ALNAP (réseau d'apprentissage actif pour la redevabilité et la performance), ou le KnowledgeHub d’ACF.

### Utilisation de l’évaluation

L'Évaluation finale servira à :

* Apprendre des expériences pour développer de nouvelles stratégies de santé pour ACF, recueillir les leçons apprises et les bonnes pratiques pour une éventuelle 2nde phase du programme PROSSAN, recueillir des preuves tangibles du succès du projet sur le terrain pour préparer les contenus pour le plaidoyer, la communication et l’apprentissage.

## PORTÉE DE L’ÉVALUATION

### Eléments couverts par l'évaluation

L’évaluation finale portera sur l’ensemble du PROSSAN selon les critères d’évaluation DAC de l’OCDE avec un focus sur les composantes suivantes :

* Santé des jeunes et adolescent.e.s
* Approches de renforcement des capacités (formation et de supervision / monitoring des personnels de santé)
* Santé communautaire et changement de comportements
* Intégration du VIH/Sida
* Réponse aux épidémies (Sierra Leone et Côte d’Ivoire uniquement)[[10]](#footnote-11)
* Approche partenariale avec les autorités sanitaires[[11]](#footnote-12)
* Approche plaidoyer, santé par les droits (Côte d’Ivoire, Sierra Leone)
* Monitoring et redevabilité du projet
* Intégration du genre

### Questions spécifiques

* **Santé des jeunes et adolescent.es** : dans quelle mesure, le projet a permis de rapprocher les services de santé des jeunes et/ou les adolescent.es et vice et versa, et donc d’améliorer l’accès et l’utilisation des services de santé ? Quelle est la pertinence des mécanismes utilisés (Classes des jeunes, les espaces conviviaux, E.santé Jeunes)? Quels types de services en particulier? Quelles sont les recommandations de l’évaluateur.trice pour que les approches soient durables et reproductibles ? Voir également les questions spécifiques sur le genre.
* **Approches de renforcements de capacités des personnels de santé (autorités sanitaires, personnels des centres de santé, agents communautaires de santé)** : le projet a développé plusieurs approches de formation (formation présentielle/distancielle, formation sur site via du coaching/mentorat par les équipes du programme ou via les autorités sanitaires, formation de formateurs, recours à des formateurs certifiés), dans quelle mesure les personnels de santé ayant bénéficié des formations en retirent un réel bénéfice (apprentissage de nouvelles informations/techniques, motivation liée à leur travail, meilleure gestion des patients, etc.) ? Quelles sont les approches de renforcement des capacités ayant le plus de bénéfices et celles qui en ont moins? Dans quelles mesures les actions de renforcement de capacités ont-elles été planifiées, coordonnées avec les autorités sanitaires et les autres acteurs de la santé ? Quelles sont les recommandations pour de futures interventions similaires ?
* **Approches communautaires** : selon l’analyse de l’évaluateur/rice., quelles sont les approches communautaires susceptibles d’impulser le mieux un changement de comportement des populations ciblées par genre et groupes d’âge ? Quelles sont les meilleurs pratiques à retenir ? Quels moyens ont été mis en place pour assurer le suivi-évaluation des approches communautaires ? Quelles ont été les relations / difficultés de collaboration entre les acteurs communautaires et les centres et personnels de santé ? Quelles pistes d’amélioration ?
* **Intégration du VIH/Sida** : spécifiquement pour la Sierra Leone et la Côte d’Ivoire, dans quelles mesures les équipes d’ACF et des partenaires nationaux ont intégré cette problématique dans leurs activités ? Quels changements les actions VIH/Sida ont-elles permis d’induire en matière d’offre de soins ? Ces changements permettent-ils une meilleure expérience tant pour les patient·e·s que pour les soignant·e·s ?
* **Réponse aux épidémies** : selon les observations de l’évaluateur/rice, est-ce que les centres de santé sont en mesure de mieux répondre aux épidémies à la COVID19 ou de la Maladie à Virus Ebola)  ? Est-ce que les protocoles de protection et contrôle des infections sont en place ? Que faudrait-il améliorer ?
* **Approche partenariale avec les autorités sanitaires de santé** : Quelle est la plus-value du PROSSAN en tant que partenaire santé vis-à-vis des autorités sanitaires ? Dans quelle mesure les autorités sanitaires ont été impliquées dans le diagnostic initial des besoins des centres de santé dans l’implémentation des activités et notamment en matière de renforcement des capacités ? D’un point de vue technique, est-ce que l’accompagnement du PROSSAN est suffisant vis à vis des autorités sanitaires ? Qu’est-ce que les partenaires pourraient améliorer?
* **Approche plaidoyer/Santé par les droits ?** La stratégie plaidoyer du PROSSAN est-elle cohérente avec les manquements les plus importants au niveau du pays et en cohérence avec les dynamiques nationales de plaidoyer ? De quelle manière ACF et ses partenaires ont-ils collaboré avec les autres acteurs (interne ou externe au projet) pour porter leurs actions de plaidoyer ? Les actions de plaidoyer ont-elles été déployées à plusieurs niveaux (local, régional, national) via une approche du bas vers le haut ? Les actions de plaidoyer ont-elles abouti à des résultats significatifs ? Quelles recommandations pour améliorer l’approche santé par les droits du PROSSAN ou des stratégies plaidoyer d’ACF et de ses partenaires ?
* **Monitoring et redevabilité vis-à-vis des bénéficiaires :** L’évaluateur/trice devra analyser la qualité du monitoring des activités ainsi que la qualité des systèmes de redevabilité mis en place. Quelles sont les bonnes pratiques à retenir ?
* **Genre :** Dans quelle mesure le projet a-t-il proposé des approches transformatrices de genre qui ont permis aux femmes et aux filles de prendre des décisions concernant leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs et les ont autonomisées ? Dans quelles mesures le projet a mieux ciblé les jeunes filles, les jeunes hommes ou indifféremment les deux ? Quels seraient les points d'amélioration, les succès ? Quelles seraient les actions concrètes que le PROSSAN pourrait mettre en œuvre dans une deuxième phase ?

## CRITÈRES ET QUESTIONS DE L’ÉVALUATION

Selon la politique d’évaluation Action Contre la Faim et ses lignes directrices[[12]](#footnote-13), ACF souscrit aux critères du Comité d’Assistance au Développement (CAD) de l’Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) pour l’évaluation de ses programmes. Toutes les évaluations indépendantes devront utiliser les critères CAD de l’Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) pour l’analyse des données et le rapport final.

Plus précisément, ACF utilise les critères suivants : conception, pertinence, cohérence, couverture, efficience, efficacité, durabilité et la potentialité d’impact.[[13]](#footnote-14) En particulier, l’évaluateur/trice doit remplir le tableau des critères d'évaluation CAD et le présenter dans une annexe (sur le modèle du tableau ci-joint en Annexe V).

Les questions d’évaluation ont été développées afin d’aider l’évaluateur/trice à évaluer le programme en fonction de ces critères d’évaluation (se référer à l’Annexe V). L’évaluateur/trice peut adapter les critères et les questions de l’évaluation, néanmoins tout changement fondamental doit être approuvé par Action Contre la Faim mentionné dans le rapport initial.

## MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

Cette évaluation utilise **la méthode « un seul groupe** **»**. Elle examine une seule intervention sans l’inclusion d’une comparaison avec d’autres éléments (personnes, communautés, etc.) qui n’ont pas participés dans l’intervention. L’évaluation doit aussi examiner ceux qui ont participé dans le programme **« avant et après »** que l’intervention ait été déroulée.

Cette section présente l'approche méthodologique suggérée a l’évaluateur afin de récolter des données quantitatives et qualitatives. L’évaluateur dans la mesure du possible, devra développer des instruments et méthodes de récolte des données, permettant de récolter des données ventilées par sexe et tranches d’ages. Ces instruments doivent permettre de trianguler les données autant que possible.

### Entretiens avec le siège d'Action Contre la Faim et de SOLTHIS

Dans le cadre de l'évaluation, l'évaluateur/trice interrogera les parties prenantes du siège d’Action Contre la Faim et de SOLTHIS afin d'obtenir des informations préalables concernant le programme évalué. Les briefings par Skype/Teams devront être convenus à l'avance avec chacun des deux sièges

Point focal ACF : Aurélie FERIAL, Directrice Régionale des Opérations Adjointe Email : aferial@actioncontrelafaim.org

Point focal SOLTHIS : Sandrine BOUILLE, Responsable Desk Guinée\_Niger-Sierra Leone Email : sandrine.bouille@solthis.org

### Étude documentaire

L’évaluateur/trice conduira une étude documentaire des documents clés du programme listés en Annexe III : les documents du programme et les propositions, rapports d'avancement et de résultats (tels que des publications, matériaux de communication, vidéos, enregistrements, etc.), résultats d'un quelconque processus de planification interne et matériaux pertinents de sources secondaires.

### Echantillonnage

L’évaluateur/trice devra proposer la méthode et la taille d’échantillonnage dans l’offre technique puis ajustera ou affinera la méthode proposée dans le rapport initial.

### Rapport initial

À la fin de la phase d’étude documentaire et avant la mission sur le terrain, l'évaluateur/trice préparera un bref rapport initial sur la base du modèle fourni. Ce document sera écrit en Français ou Anglais et inclura les éléments suivants:

* Les éléments clés des Termes de Référence (TDR) afin de démontrer que l'évaluateur/trice adhèrera aux TDR;
* L’approche méthodologique de l'évaluation (y compris une matrice d'évaluation en annexe afin de préciser comment il/elle prévoit de recueillir les données nécessaires pour répondre aux questions d'évaluation) et de souligner les limites de la méthodologie le cas échéant;
* Un plan de travail détaillé et;
* Déclaration d’adhésion à la politique d'évaluation d’Action Contre la Faim et présentation des grandes lignes du rapport d'évaluation.

Le rapport initial sera discuté et approuvé par Action Contre la Faim.

### Mission sur le terrain

Techniques de collecte de données primaires

Dans le cadre de l'évaluation, l'évaluateur/trice tiendra des entretiens avec les parties prenantes clé du programme (personnel du projet expatrié/national, les représentants locaux/nationaux, les autorités locales, les agences humanitaires, ou des représentants des bailleurs de fonds) listées en Annexe IV. L'évaluateur/trice utilisera le format le plus approprié pour ces entretiens comme spécifié dans le rapport initial. Il est également prévu que l'évaluateur/trice recueille des informations directement auprès des bénéficiaires. Pour enrichir la triangulation, **si le budget et le calendrier le permet**, l'évaluateur/trice pourra organiser des discussions thématiques de groupe (bénéficiaires, non-bénéficiaires, informateurs clés - travailleurs de la santé, enseignants et dirigeants) et questionnaires.

Visites de terrain

L’évaluateur/trice visitera les sites d’opération du programme et les installations fournies aux bénéficiaires.

Techniques de collecte de données secondaires : revue documentaire

L’évaluateur/trice poursuivra la récolte de données de suivi du projet ou de toute donnée statistique pertinente.

Débriefing et atelier avec les parties prenantes

L'évaluateur/trice animera un atelier d'apprentissage à distance afin de présenter les conclusions préliminaires aux parties prenantes (et les acteurs locaux, nationaux); rassemblera les commentaires sur les conclusions et créera un consensus sur les recommandations; développera un rapport succinct d'atelier orienté sur l'action concernant les leçons apprises et les améliorations proposées pour le futur. Du fait de la langue, deux ateliers d’apprentissage peuvent être organisés : 1 en anglais et 1 en français.

## Rapport d’évaluation

Le rapport d'évaluation doit respecter le format suivant et être écrit en Français ou Anglais:

* Page de couverture;
* **Tableau récapitulatif** selon le modèle fourni;
* Table des matières;
* Liste d’acronymes;
* **Résumé exécutif** doit être un ‘’résumé indépendant’’, décrivant le programme, les constatations principales de l'évaluation, les conclusions et les recommandations. Celui-ci ne devra pas s'étendre sur plus de 2 pages;
* Informations générales;
* **Méthodologie** décrire la méthodologie utilisée, fournir des preuves de triangulation des données and présenter les limites de cette méthodologie;
* **Constatations** inclut l'analyse globale du projet selon les critères d'évaluation, réponse aux questions d'évaluation, toutes les constatations reposent sur des preuves tangibles, les problématiques transversales sont intégrées de manière systématique et; les résultats involontaires ou imprévus sont également discutés;
* **Conclusions** les conclusions sont formulées en synthétisant les principales constatations en propos de mérite et valeur, les jugements sont justes, impartiaux et en cohérence avec les constatations;
* **Leçons apprises et bonnes pratiques** présente les leçons qui peuvent être appliquées autre part afin d'améliorer la performance, les résultats ou l'impact des programmes/projets/missions, et; identifie les bonnes pratiques: les pratiques à succès découlant de ces leçons qui valent la peine d'être reproduites; développé plus en détails une bonne pratique spécifique élaborée en détail dans le formulaire proposé en Annexe VI;
* **Recommandations :** Les recommandations doivent être aussi réalistes, opérationnelles et pragmatiques que possible; elles doivent soigneusement prendre en compte les circonstances actuelles du contexte d'action et les ressources disponibles pour une mise en œuvre locale. Elles doivent découler logiquement des conclusions, leçons apprises et bonnes pratiques. Le rapport doit spécifier qui doit prendre des mesures et à quel moment. Les recommandations doivent aussi être présentées par ordre de priorité;
* **Annexes** Ces dernières doivent être listées et numérotées et doivent inclure les éléments suivants: les formulaires de bonnes pratiques fourni en Annexe VI, la présentation POWERPOINT des principaux constats et recommandations, le tableau des critères d'évaluation (Annexe V), la liste à jour des documents pour l'étude documentaire (Annexe III mise à jour), la liste à jour des personnes interrogées (Annexe IV mise à jour), les instruments de récolte des données, les TDRs de l'évaluation.

Le rapport d’évaluation ne devrait pas dépasser 30 pages sans les annexes. Le rapport provisoire doit être envoyé dans les 10 jours calendaires après avoir quitté le terrain. Le rapport final doit être envoyé avant la date de fin du contrat d'évaluation en version WORD. Les annexes au rapport sont acceptées en anglais ou français. Une version WORD est nécessaire pour qu’ACF puisse faire la traduction dans l’autre langue et partager avec tous les partenaires.

### Débriefing avec le siège d’Action Contre la Faim

L’évaluateur/trice devra effectuer un débriefing avec le siège d’Action Contre la Faim Paris sur son rapport préliminaire, les principales constations, conclusions et recommandations de l’évaluation. Les retours et commentaires pertinents devraient être inclus dans le rapport final.

## PRODUITS CLES DE L’EVALUATION

La liste ci-dessous inclut les produits que l’évaluateur/trice délivra á l'ELA à Action Contre la Faim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Produits** | **Date limite** |
| Rapport initial | 04/04/2022 |
| Rapport provisoire d'évaluation  | 20/05/2022 |
| Rapport final d'évaluation et Annexes (voir chapitre 6) | 01/06/2022 |
| Restitution aves les parties prenantes (à distance) | Week of June 4 |

Tous les produits devront être soumis en français ou en anglais et sous format Word, Excel ou Powerpoint.

La qualité du rapport préliminaire et du rapport d'évaluation sera contrôlée par Action Contre la Faim. **L'évaluateur/trice devra suivre le format et la structure spécifiés dans la section 5.4. et le chapitre 6.**

## MODALITES DE GESTION ET PLAN DE TRAVAIL

Ces TDR d'évaluation ont été développées de manière participative, par Action Contre la Faim sur les bases de consultations avec les parties prenantes.

L’évaluateur/trice sera en contact direct avec à le coordinateur du projet d’Action Contre la Faim. L'évaluateur/trice enverra tous les produits de l'évaluation directement et uniquement au coordinateur du projet. Action Contre la Faim - fera un contrôle de qualité (s'assurant que les éléments nécessaires sont présents) et décidera si le rapport est prêt à être partagé. ACF transmettra une copie aux parties prenantes clés afin que celles-ci puissent commenter des données factuelles et fournir des clarifications. ACF compilera les commentaires et les enverra à l'évaluateur/trice à la date convenue avec celui/celle-ci ou dès que tous les commentaires seront reçus de la part des parties prenantes. L'évaluateur/trice prendra en compte les commentaires afin de finaliser le rapport et enverra celui-ci au coordinateur du projet, qui le transmettra alors officiellement aux parties prenantes concernées.

Une fois l'évaluation complétée, Action Contre la Faim pendra en compte et fera un suivi des recommandations de l'évaluation pour une éventuelle nouvelle phase du projet ou pour tout projet santé que mènera ACF si pertinent.

### Calendrier prévisionnelle des activités

REMARQUE : les consultants sont censés travailler 5 jours par semaine (soit lundi au vendredi, les jours où les bureaux sont fermés, l’évaluateur /trice ne sera pas payé.e) au cours de leur contrat. Les jours de voyage ne ​​sont pas payés ainsi que les périodes de révision par ACF et ses partenaires des documents produits comme ils ne sont pas des jours travaillés en tant que tel.

*Les durées/nombre de jours de travail proposés sont une estimation. Ils pourront faire l’objet de proposition de modifications par les soumissionnaires.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Jours de travail de l'évaluateur/trice** | **Dates** |
| Briefing avec le siège d’ACF | 0.5 | 28/03/2022 |
| Briefing avec le siège de SOLTHIS | 0.5 | 28/03/2022 |
| Etude documentaire, préparation du travail de terrain et préparation du **Rapport préliminaire et un plan de travail révisé** | 4 | 04/04/2022 |
| Voyage vers la **Côte d’Ivoire[[14]](#footnote-15)[1]** | 1 à 1.5 (non payé) | 05/04/2022 |
| Entretiens dans le pays avec le personnel du programme et MEAL | 1  | 06/04/2022 |
| Visite terrain, collecte des données et analyse des données secondaires et réunion avec les parties prenantes (partenaires, autorités sanitaires) | 7 | 07/04 au 16/04 |
| Ateliers de restitution/retours avec les parties prenantes dans le pays | 0.5 | 18/04 |
| Voyage vers le **Liberia (Asky Airlines)** | 1 (non payé) | 19/04 |
| Entretiens dans le pays avec le personnel du programme/RDD MEAL | 0.5 | 20/04 |
| Visite terrain, collecte des données et analyse des données secondaires et réunion avec les parties prenantes (partenaires, autorités sanitaires) | 4,5 | 20/04 au 26/04 |
| Ateliers de restitution/retours avec les parties prenantes dans le pays | 0.5 | 27/04 |
| Voyage vers la **Sierra Leone (Fly Africa)** | 1 (non payé) | 28/04 |
| Entretiens dans le pays avec le personnel du programme et MEAL | 0.5 | 29/04 |
| Visite terrain, collecte des données et analyse des données secondaires et réunion avec les parties prenantes (partenaires, autorités sanitaires) | 7 | 02/05 au 09/05 |
| Ateliers de restitution/retours avec les parties prenantes dans le pays | 0.5 | 10/05 |
| **Voyage de retour**  | 1 à 1.5 (non payé) | 10/05 (vol l’après-midi) |
| Débriefing de l'évaluation avec le siège d’ACF Paris | 0.5 (matin) | 12/05 |
| **Rapport provisoire** | 5 | 19/05 |
| Action Contre la Faim : Contrôle de qualité et révision initiale par l'ELA, faire circuler le rapport provisoire parmi les parties prenantes, synthétiser les commentaires et l'envoyer à l'évaluateur/trice  | Min. 6 (non payé) | 27/05 |
| **Rapport final** sur la base des commentaires des parties prenantes, de la mission, des partenaires, et du siège,  | Min. 3 | 01/06 |
| **Webinar de restitution finale des résultats en présence d’ACF, des partenaires, et de l’AFD.** | 0.5 | Semaine du 4 juin |
| Total (sans les voyages internationaux, les week-ends et le temps de révision par ACF): | **36 jours** |  |

## PROFIL DE L’ÉVALUATEUR/TRICE

L'évaluation sera effectuée par un consultant international d’évaluation avec le profil suivant :

* Connaissances approfondies en santé publique, renforcement des services de santé maternelle et infantile, santé des adolescents, soutien psychosocial et protection, santé communautaire, gestion partenariale.
* Expérience significative dans le domaine de l’évaluation de projets de développement;
* Diplôme pertinent ou expérience équivalente liée à l’évaluation à entreprendre;
* Expérience considérable dans la coordination, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation de programmes ;
* Compétences de communication et expérience dans la facilitation d’ateliers ;
* Compétences à écrire des rapports clairs et utiles (il peut être demandé de fournir des exemples de travaux précédents);
* Maîtrise de l’anglais et du français ;
* Compréhension des exigences des donateurs et notamment la stratégie de l’AFD en matière de santé ;
* Capacité à gérer le temps et les ressources imparties et à travailler dans des délais courts;
* Indépendance par rapport aux parties impliquées.

## QUESTIONS LÉGALES ET ÉTHIQUES

Tous les documents liés à l’évaluation (dans le cadre ou non des taches de l’évaluateur/trice), reste la propriété seule et entière d’Action Contre la Faim.

Le document, ou toute publication relative à celui-ci, ne sera pas partagé avec quiconque à l'exception d'Action Contre la Faim avant que ce dernier ne livre le document final au donateur(s).

Pour les évaluations indépendantes, il est important que le consultant n'ait pas de lien avec le management du projet, ou tout autre conflit d'intérêt qui pourrait interférer avec l'indépendance de l'évaluation

## LISTE DES ANNEXES AU TDRs

1. Cadre logique du programme
2. Critères d'évaluation et questions détaillées
3. Liste des documents du programme pour l'étude documentaire
4. Liste des personnes à interroger
5. Tableau des critères d'évaluation
6. Modèle de Bonne Pratique

## Annexe I : Cadre logique du programme

Note: il s'agit du Cadre Logique amendé suite à la révision du projet – les modifications apportées sont précisées en vert. Ce Cadre Logique est donc différent de la version initiale.

|  | **Logique d'intervention** | **Indicateurs objectivement vérifiables et quantifiés si possible** | **Baseline** | **Interim** | **Cible** | **Sources et moyens de vérification** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objectif global** | Contribuer à améliorer la santé des populations vulnérables en Côte d’Ivoire, Sierra Leone et Liberia, particulièrement des femmes, des enfants de moins de cinq ans, des jeunes, via des offres de soins de qualité et adaptées à leurs besoins spécifiques. | *1. A la fin du projet, le nombre de décès maternel enregistré par les structures de santé diminue dans chaque aire de santé**2. A la fin du projet, le nombre de décès d’enfants de moins de 5 ans enregistré par les structures de santé diminue dans chaque aire de santé**3. A la fin du projet, le nombre de grossesses précoces a diminué dans chaque aire de santé du projet* |  | *Sources Secondaires:**Enquêtes nationales (ex : EDS, UNFPA, UNICEF) Rapports de mortalité maternelle et infantile (ex : MDSR, IDSR), Rapports de performance des systèmes de santé, Rapports des districts sanitaires* |
| **Objectif(s) spécifique(s)****(et sous-objectifs spécifiques)** | Renforcer la qualité et l’accès aux services de santé et d’assurer la participation active de communautés et plus particulièrement des femmes et des jeunes aux enjeux nationaux de santé. | *1. Le % de femmes enceintes ayant suivi au moins 4 CPN pendant leur grossesse dans les aires de santé concernées a augmenté en fin de projet*  | *CI : 34%**LB : 83,40%**SL :**WAU=86.8%**WAR=59.3%* | *CI :* *38,86%* *LB : 30%**SL :**WAU= 50.7%**WAR= 83.7%* | *CI : 50%**LB : 80%**SL :**WAU≥85% WAR>65%* | *1. Sources secondaires: données des registres de santé des structures de santé et rapports des districts sanitaires* |
| *2. Le taux des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les aires de santé concernées a augmenté en fin de projet*  | *CI :56%**LB :81%**SL :* *WAU=88.7%**WAR=77.1%* | *CI : 59,66%**LB : 89.2%**SL :* *WAU=84.2% WAR=92.6%*  | *CI : 65%**LB : 80%**SL : 80%* | *2. Sources secondaires: Données collectées auprès des districts sanitaires*  |
| *3. Taux moyen de disponibilité des médicaments traceurs au niveau des districts sanitaires/centres de santé* | *CI :N/A**LB :N/A**SL :31%* | *CI :* *48,93%**LB :N/A**SL :non mesuré* | *CI :50%**LB :N/A**SL :35%* | *3. Sources primaires et secondaire : Rapports d’activités /Enquête du Ministère de la Santé / DHIS2* |
| *4. 50% de centres de santé soutenus ont un score de qualité des soins en PTME et CDV supérieur à 60% en fin de projet (uniquement Sierra Leone)*  | *SL :N/A* | *SL: non mesuré* | *SL :50%* | *4. Source primaire : Score de Qualité des Soins SOLTHIS* |
| *5. Le taux de participation des femmes et jeunes aux sessions organisées atteint 60% en fin de projet*  | *CI :0%**LB :0%**SL :0%* | *CI :*52,24%*LB :80%**SL :60%* | *CI :60%**LB :70%**SL :70%* | *5. Source primaire : Rapports d’activités / Feuilles de présence.*  |
| *6. Le % de femmes et de jeunes bénéficiant des activités psychosociales ayant amélioré leur bien-être a augmenté en fin de projet*  | *CI :0%**LB :0%**SL :0%* | *CI :* *76%**LB :43%**SL :100%* | *CI :70%**LB :50%**SL :70%* | *6. Source primaire : Indice de bien-être WHO-5/Echelle visuelle de perception de la souffrance* |
| **Résultats attendus** | **Résultat Attendu 1**. Les services de santé et agents communautaires de santé proposent les activités du Paquet Minimum de Santé (PMS) de qualité et des services conformes aux normes des ministères de la santé. | * 1. *Le taux d’abandon des consultations prénatales a diminué en fin de projet*
 | *CI :52%**LB : 15.3%**SL :* *WAU= 11.9%**WAR=39.3%*  | *CI : 49,68 %**LB : 15.3%**SL :**WAU=49.55%* *WAR=19.5%* | *CI :<45%**LB :<15%**SL :<45%* | *1.1. Sources secondaires : Données des registres des patients/rapports des districts sanitaires* |
| * 1. *50% des sites de traitement antirétroviral (ART) ciblés ont un score de qualité des soins supérieur à 60% à la fin du projet (uniquement Sierra Leone)*
 | *SL :0%* |  | *SL :50%* | *1.2. Source primaire : Score de qualité des soins SOLTHIS* |
| * 1. *Le taux d’allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois a augmenté en fin de projet*
 | *CI : 52%**LB :* 55%*SL :*WAU=30.6%WAR=66%  | *CI :* *61%**LB :41%**SL :54%* | *CI >65%:**LB :>55%**SL :>55%* | *1.3. Sources primaires et secondaire : Enquêtes de référence/CAP, enquêtes nationales et données par district* |
| * 1. *Le % des structures de santé qui soumettent leurs rapports au district sanitaire dans les délais a augmenté en fin de projet*
 | *CI :N/A**LB : N/A**SL :N/A* | *CI:* *85,50%**LB :* *30%**SL :**100%* | *CI: 80 %**LB: 50%**SL: 80%* | *1.4. Source secondaire : Rapports des districts sanitaires*  |
| * 1. *Le % des usagers estimant avoir été traité avec respect par les personnels de santé (dignité, autonomie, temps d’attente et confidentialité) a augmenté en fin de projet*
 | *CI :**LB :* *SL* | *CI :90%**LB :20%**SL : non mesuré* | *CI :80%**LB :60%**SL :60%* | *1.5. Source primaire : Enquête de réactivité/Enquête satisfaction* |
| **Résultat Attendu 2.** Les populations cibles et notamment les femmes et les jeunes améliorent leurs pratiques et comportements liés à leur santé. | * 1. *100% des aires de santé appuyées disposent de groupes communautaires de discussion en fin de projet*
 | *CI :58%**LB :0%**SL :55%* | *CI :* *94%**LB :56%**SL :100%* | *CI :100%**LB :100%**SL :100%* | *2.1. Source primaire : Rapports d’activité* |
| * 1. *Le taux de prévalence contraceptive (méthode moderne) des femmes a augmenté en fin de projet*
 | *CI :N/A**LB :21.6%**SL :20.9%* | *CI :* *9,46%**LB :22.4%**SL :20.9%* | *CI :10%**LB :25%**SL :22%* | *2.2. Sources primaire : Enquêtes de référence/CAP, et Source secondaire : Rapports des districts sanitaires)* |
| * 1. *80 % des femmes et des jeunes fréquentant les groupes de discussion communautaires et les centres de santé appuyés ont amélioré leurs connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive en fin de projet.*
 | *CI :0%**LB :0%**SL :0%* | *CI :non mesuré**LB :90%**SL :non mesuré* | *CI :80%**LB :80%**SL :80%* | *2.3. Source primaire : Enquêtes de référence/CAP* |
| **Résultat Attendu 3**. La participation active des organes communautaires de gestion des structures de santé et de la société civile féminine et des jeunes aux enjeux nationaux dans le domaine de la santé est assurée (uniquement pour la Côte d’Ivoire et la Sierra Leone). | * 1. *Nombre de plans de plaidoyer existants et mis en œuvre par la société civile féminine et représentant les jeunes*
 | *CI :0**SL :0* | *CI :0**SL :0* | *CI :1**SL :1* | *3.1. Sources Primaires: Plan stratégique de plaidoyer, rapports d’avancement du plaidoyer,* *3.2. Sources primaires et secondaires : Compte-rendu de réunion, Copie d’articles de journaux, Communiqués de Presse, Stratégie et politiques révisées, Rapports d’activités.* |
| * 1. *Nombre d’engagements annoncés par les autorités suite aux actions de plaidoyer menées*
 | *CI :0**SL :0* | *CI :0**SL :0* | *CI :1**SL :1* |
| **Activités**  | ***Activités contribuant au résultat 1 :*** Activité 1.1 : Renforcement des compétences techniques et pratiques optimales des personnels et agents communautaires de santé en SRMNIA, VIH/SIDA, PCIME, PCIMA, et en santé mentale et soutien psychosocial.Activité 1.2 : Renforcement des compétences et capacités opérationnelles des structures et autorités sanitaires pour améliorer la gestion intégrée des différents servicesActivité 1.3 : Mise en place d’initiatives favorisant l’allaitement maternel exclusif dans les structures de santéActivité 1.4 : Accompagnement de la dynamique ~~des~~ organes gestionnaires des structures de santé (Sierra Leone) et de groupes communautaires de santé (AGR pour Côte d’Ivoire, Liberia, Sierra Leone)Activité 1.5 : Mise en place d’un mécanisme de gestion des retours et des plaintes des patients et de gestion des dysfonctionnements des services de santé y compris VIH (redevabilité sociale)***Activités contribuant au résultat 2 :***Activité 2.1 : Renforcement des activités de prévention et sensibilisation à la santé des adolescents et des jeunes dans les établissements scolaires et au sein de la communautéActivité 2.2 : Promotion des activités communautaires du PMS et spécifiquement sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) au sein des Structures de Santé, dans la communauté et via différents forums et groupes ciblés. Activité 2.3 : Prise en charge et accompagnement psychologique et psychosocial des femmes et jeunes filles en détresse émotionnelleActivité 2.4 : Développement d’une application digitale pour améliorer l’accès à l’information et aux soins en matière de SSR pour les jeunes (Côte d’Ivoire)***Activités contribuant au résultat 3 (Uniquement Côte d’Ivoire et Sierra Leone) :***Activité 3.1 : Réalisation d’enquêtes et analyses des leçons apprises afin d’améliorer l’accès aux soins des femmes, des jeunes et des adolescents permettant d’ajuster les interventions et nourrir le plaidoyer auprès des institutions nationales (Uniquement la Côte d’Ivoire)Activité 3.2 : Appui au renforcement des capacités de plaidoyer des groupes à base communautaire, de la Société Civile féminine et des jeunesActivité 3.3 : Sensibilisation de masse en faveur des jeunes et adolescent(e)s, pour la mise en application de la Loi SRPF (Côte d’Ivoire).  | **Moyens** Ressources Humaines : *- Equipes de coordination opérationnelle et techniques (Directeurs Pays, Responsables de département technique et support, Coordinateurs terrain, administrateur, logisticien)**- Equipes projet (Responsables de projets ou d’activités, – infirmiers, sages-femmes, psychologues, travailleurs psychosociaux –, développeur Web, Chargés de suivi et évaluation, Chargés de plaidoyer, chefs d’équipes, agents de terrain, chauffeurs, etc.)*Ressources matérielles : *Location de bureaux, de logement, d’entrepôts, de salles de réunion et de véhicules, Achat d’équipements de télécommunication, abonnements téléphoniques et internet, conception d’outils de communication technique et de visibilité du projet, Achat de papeterie, Achat d’équipements médicaux* Frais de support*:* *Maintenance, essence, assurances, frais d’électricité et d’eau, taxes et impôts, frais bancaires, billets d’avion à l’international, per diem*Formations et supervisions :*- Formation/Mise à niveau des équipes projet* *- Formation des personnels, agents et autorités de santé (formation sur les aspects cliniques et opérationnelles de la santé)**- Formation continue et supervision des personnels et agents de santé**- Formation des groupes à base communautaire et des enseignants* Ateliers et rencontres: *- Ateliers de lancement/clôture du projet, revue à mi-parcours**- Ateliers et rencontres thématiques et stratégiques (plaidoyer, santé des jeunes, gratuité ciblée, grossesses précoces, révision des politiques et stratégies de santé, etc.)*Mobilisation communautaire : *- Mobilisation et renforcement de capacités des groupes à base communautaire**- Sensibilisation de masse (séance plénière, porte-à-porte, évènements, radio, théâtre de rue)**-Mobilisation des leaders communautaires, autorités locales et traditionnelles.* Activités d’autonomisation économique :*- Activités génératrices de revenus**- Groupes d’épargne et de crédit*Etudes et enquêtes :*- Enquêtes de référence pré et post intervention, CAP, de satisfaction des usagers ou de réactivité des services de santé,* *- Analyse de l’initiative IHAB (Côte d’Ivoire)**- Evaluation finale* | **Sources d’information :** Rapports d’avancement des activités - narratifs et financiers, dossiers d’achat, dossiers du personnel, enquêtes de référence (pré et post intervention), évaluation finale, audit.**Coûts :**Frais de fonctionnement locaux : 200'177 € (6%) Ressources humaines*:* 1'146'925 € (33%) Appui Suivi et Contrôle :19’648 € (<1%) Investissement mobilier, technique et immobilier :133’598€ (4%)Fournitures et consommables :21’865 € (<1%)Fonds et Dotations :860’415 € (25%) Etudes et prestations :9'018 € (<1%) Activités :696’534 € (20%) Capitalisation, évaluation (y inclut suivi), audit :57’276 € (2%) **Total Coûts directs :****3 145 455 € (91%)** |

## Annexe II : Critères d’évaluation

Afin d’évaluer le programme/projet/la mission selon chaque critère d'évaluation, l'évaluateur/trice répondra aux questions suivantes:

**Conception:**

* Dans quelle mesure, la conception est logique, permet une gestion axée sur les résultats (RBM) (activités et indicateurs répondent aux résultats) et comprend une stratégie de durabilité associant les partenaires nationaux (ONG et autorités) et les bénéficiaires?

**Pertinence:**

* Dans quelle mesure les objectifs de l’action de développement correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, à l’évolution du contexte, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds?

**Cohérence :**

* Dans quelle mesure les interventions sont cohérentes entre elles, avec des interventions existantes, les politiques et stratégies globales et nationales pour assurer la cohérence, optimiser les synergies et minimiser les duplications?

**Couverture:**

* Dans quelle mesure les interventions répondent à la nécessité d'atteindre les principaux groupes de population jugés vulnérables, où qu'ils se trouvent. La couverture géographique est-elle appropriée ou suffisante ?

**Efficience:**

* Dans quelle mesure les ressources (fonds, expertise, temps, ressources humaines, logistiques etc.) sont converties en résultats de façon économe et adéquate?

**Efficacité:**

* Dans quelle mesure les objectifs du programme ont été atteints, ou sont en train de l’être, compte tenu de leur importance relative?

**Durabilité :**

* Dans quelle mesure, les bénéfices du programme continueront après la fin de l’intervention. Sommes-nous dans une situation par laquelle les avantages nets sont susceptibles de résister aux risques. Est-ce que les interventions menées dans les pays sont reproductibles ? Quelles sont les recommandations de l’évaluateur/rice pour assurer la durabilité si une deuxième phase était possible ? Est-ce que les stratégies de sortie proposées sont viables ?

**Potentialité d’Impact:**

* Les premiers signes d'effets positifs et négatifs, primaires et secondaires, à court, moyen et long terme produits par l’intervention, directement ou indirectement, intentionnellement ou non.
* ***Réplicabilité*** : Dans quelle mesure les activités peuvent être répliquées (National ou interpays)? A quelle échelle et dans quel contexte?

**Intégration des questions de Genre et de la jeunesse (critère additionnel)**

* Dans quelle mesure, le programme a intégré et répondu aux problématiques spécifiques des hommes, femmes, filles et garçons et aux problématiques spécifiques de la jeunesse et des adolescent-e-s ? Quelles sont les recommandations de l’évaluateur/trice pour une éventuelle seconde phase du programme ?

**Redevabilité vis-à-vis des bénéficiaires, des partenaires et des autorités**

* Dans quelle mesure, le programme a permis la transparence du programme que ce soit lors de la sélection des sites à soutenir (centres de santé), la sélection des bénéficiaires (personnels de santé à former, bénéficiaires des activités de santé communautaire), la communication sur les activités du projet, le système de remontées des retours et plaintes ?

## Annexe III : Liste des documents du programme pour l'étude documentaire

Les documents suivants seront examinés par l'évaluateur.trice pendant la phase d'examen documentaire :

|  |  |
| --- | --- |
| **Document** | **Descriptif** |
| Evaluation finale du projet PARSSI en Côte d’Ivoire | Evaluation externe indépendante du projet PARSSI (phase précédente du PROSSAN pour la Côte d’Ivoire) |
| NIONG\_Projet Terrain\_PROSSAN MàJ le 06 mars 2019 | Dernier document de projet envoyé à l’AFD  |
| Annexe de la NIONG* Budget externe
 | Budget externe initiale |
| Annexe de la NIONG* Annexes A, B, C
 | A. Zones d’interventionsB. Cadres stratégiques des politiques publiquesC. Intégration du Genre |
| Programme d’Activités Prévisionnel de la Tranche 1 |  |
| Rapport d’exécution de la Tranche 1 - Amendement |  |
| Annexes du rapport d’exécution de la Tranche 1 |  |
| Cadre logique amendé |  |
| Budget amendé  | Budget amendé et validé par l’AFD |
| Programme d’Activités Prévisionnel de la Tranche 2 |  |
| Présentation de la revue à mi-parcours avec l’AFD | Présentation faite à l’AFD en présence des partenaires du PROSSAN |
| APRs quantitatifs et narratifs de la Côte d’Ivoire | Outils de suivi des activités par ACF |
| APRs quantitatifs et narratifs du Liberia | Outils de suivi des activités par ACF |
| APRs quantitatifs et narratifs de la Sierra Leone | Outils de suivi des activités par ACF |
| Rapports d’activités partenaires Côte d’Ivoire | Outils de suivi des activités par les partenaires |
| Rapports d’activités partenaires Liberia | Outils de suivi des activités par les partenaires |
| Rapports d’activités partenaires Sierra Leone | Outils de suivi des activités par les partenaires |
| TDR et rapports d’enquête Côte d’Ivoire |  |
| TDR et rapports d’enquête Sierra Leone |  |
| Eléments de capitalisation réalisés ou en cours en Côte d’Ivoire |  |
| Eléments capitalisation réalisés ou en cours en Sierra Léone |  |
| Eléments de capitalisation réalisés ou en cours au Libéria |  |
| Politiques et directives nationales en Côte d’Ivoire |  |
| Accord-cadre de partenariat avec le PNSSU-SAJ en Côte d’Ivoire |  |
| Statuts et règlements intérieur des CECom en Côte d’Ivoire |  |
| Les scores qualité réalisés par Solthis en Sierra Leone |  |

## Annexe IV : Liste des personnes à interroger

L’Évaluateur.trice va tenir des entretiens avec les parties prenantes suivantes[[15]](#footnote-16) :

|  |
| --- |
| **Interne** |
| **Nom** |  **Lieu** | **Position et organisation (ACF)** | **Contact** |
| Sylvain Dupont | Côte d’Ivoire, Sierra Leone, Liberia | Coordinateur Programme PROSSAN,  | coopac@ci-actioncontrelafaim.org  |
| Aurélie Férial  | France | Directrice Régionale des Opérations Adjointe (Siège) | aferial@actioncontrelafaim.org  |
| Fabienne Rousseau | France | Référente régionale Santé & Nutrition (Siège) | frousseau@actioncontrelafaim.org  |
| Xuan Phan | France | Référente régionale Santé Mentale et Psychosocial (Siège) | xphan@actioncontrelafaim.org  |
| Sofia Rodriguez Gomez | Côte d’Ivoire, Sierra Leone, Liberia | Responsable de Département SMPS-P flying (3 pays) | sgomez@actioncontrelafaim.org  |
| Yannick Pouchalan | Côte d’Ivoire | Directeur Pays Côte d’Ivoire | dp@ci-actioncontrelafaim.org  |
| Jean-Pierre Kouamé | Côte d’Ivoire | Directeur Pays Adjoint Côte d’Ivoire,  | dpadjoint@ci-actioncontrelafaim.org  |
| Taly Marie Conforte Koudou Epse Koffi | Côte d’Ivoire | Responsable adjointe de Département SMPS-P Côte d’Ivoire | rddasmps@ci-actioncontrelafaim.org  |
| Ange Koblan | Côte d’Ivoire | Chargé de Plaidoyer et Communication, Côte d’Ivoire | plaidoyer@ci-actioncontrelafaim.org  |
| Kouakou Egnon Konan Vivien | Côte d’Ivoire | Responsable Programme PROSSAN, Côte d’Ivoire | rpnutsante@ci-actioncontrelafaim.org  |
| Béatrice Kouakou | Côte d’Ivoire | Psychologue | psychologue@ci-actioncontrelafaim.org |
| Kady Kourouma Epse Gramboute | Côte d’Ivoire | Responsable programme adjointe SMNI | rpadjointsantmat@ci-actioncontrelafaim.org |
| Roger Konan | Côte d’Ivoire | Responsable programme adjoint genre et jeunesse | rpadjgenrejeunes@ci-actioncontrelafaim.org |
| Matej Skenderovic | Liberia | Country Director, Liberia | crl@lr-actionagainsthunger.org  |
| Munyah B.Dunor | Liberia & Sierra Leone | Sierra Leone & Liberia, Head of MEAL Department | mealhod@lr-actionagainsthunger.org  |
| Tekar Jallah Bundor | Liberia | Senior Manager Health & Nutrition, Liberia | srhnpm@lr-actionagainsthunger.org  |
| Brooks G Tarnue | Liberia | MEAL Manager, Liberia | meal-ofc@lr-actionagainsthunger.org  |
| Mohamed Takoy | Sierra Leone | Country Director Sierra Leone | cd@sl-actionagainsthunger.org  |
| En cours de recrutement | Sierra Leone | PROSSAN Program Manager, Sierra Leone | hnpm-ef@sl-actionagainsthunger.org  |
| Samuel Conteh | Sierra Leone  | MEAL Manager  | mealmang@sl-actionagainsthunger.org  |
| **Externe** |
| **Nom** | **Lieu** | **Position et organisation** | **Contact** |
| Sylvie Blum | France | Responsable de projets AFDDivision Organisations de la Société Civile (DPA/OSC) | blums@afd.fr |
| Sandrine Bouille | France | Responsable Desk SOLTHIS (siège) | sandrine.bouille@solthis.org |
| Olivier Geoffroy | Côte d’Ivoire | Directeur Pays SOLTHIS Côte d’Ivoire | chefdeprojetatlas.rci@solthis.org  |
| Imma Calm Danes | Sierra Leone | SOLTHIS, Head of Mission Sierra Leone | headofmission.sl@solthis.org  |
| Dr. Franck Amahowe | Sierra Leone | Project Coordinator, SOLTHIS Sierra Leone | medicalofficer2.sl@solthis.org |
| Dr. David Tugizimana | Sierra Leone | Medical Officer, SOLTHIS Sierra Leone | medoff.prossan@solthis.org  |
| Feremusu Kamara | Sierra Leone | eMTCT Officer, SOLTHIS Sierra Leone | emtct.prossan@solthis.org  |
| Simone Assa-Akoh | Côte d’Ivoire | Présidente CA AFJCI | associationdesfemmesjuristes@yahoo.frassasimone@gmail.com  |
| George Kouadio Koffi | Côte d’Ivoire | Directeur Exécutif MESSI | ong\_lemessi@yahoo.frpresigeorges@yahoo.fr  |
| Dr Ouattara Seydou | Côte d’Ivoire | Directeur Coordonnateurs du PNSSU-SAJ | seydouxfr@yahoo.fr  |
| Dr Kouamé Oka | Côte d’Ivoire | Directeur Coordonnateur du PNN | reneoka@gmail.com  |
| Alain Kouakou Koffi | Côte d’Ivoire | Sous-Directeur DIIS | alko2f@yahoo.fr  |
| Dr Gnon Tanoh | Côte d’Ivoire | Directeur Coordonnateur du PNSME | pnsme12@gmail.com |
| Dr Kadja Françoise | Côte d’Ivoire | Directrice DSC | kadja.francoise@dsccom-ci.org |
| Dr. Yatta Waypoe | Liberia | County Health Officer, County Health Team Montserrado | ywapoedr@gmail.com  |
| Naomi Tulay Solanke | Liberia | Exécutive Director, CHI | naomi.tsolanke@gmail.com  |
| Seidu Swaray | Liberia | Executive Director, LAPS | lapsprogram@gmail.com  |
| Dr Brima Osiao-Kamara | Sierra Leone | DHMT WAU | brimaosaiokamara@gmail.com  |
| Dr. Sylvia Fasuluku-Wusman | Sierra Leone | DHMT WAR | wusman@dhmt-war-sl.org  |
| [To contact Solthis SL] | Sierra Leone | District HIV Supervisors Sierra Leone | [To contact SOLTHIS SL] |
| Mohammed B Jalloh | Sierra Leone  | CEO, FOCUS 1000 | mbjalloh@focus1000.org  |
| Foday Sesay | Sierra Leone | Project Manager, CAWEC | cawec172007@yahoo.com  |
| Edward Bockarie | Sierra Leone | Programme Director, CAPS | ebockarie@capssl.org  |

## Annexe V : Tableau des critères d'évaluation

L'évaluateur.trice doit utiliser le tableau suivant afin de noter les performances globales de l'intervention en faisant usage des critères CAD. Le tableau doit être inclus soit dans le résumé exécutif soit dans le corps du texte du rapport.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Critères | Notation(1 pauvre, 5 élévé) | Justification |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| Conception |  |  |  |  |  |  |
| Pertinence |  |  |  |  |  |  |
| Cohérence |  |  |  |  |  |  |
| Couverture |  |  |  |  |  |  |
| Efficience |  |  |  |  |  |  |
| Efficacité |  |  |  |  |  |  |
| Durabilité et reproductibilité |  |  |  |  |  |  |
| Potentialité d’impact |  |  |  |  |  |  |
| Intégration du genre et de la jeunesse |  |  |  |  |  |  |
| Redevabilité |  |  |  |  |  |  |

Guide de notation des critères d’évaluation:

|  |  |
| --- | --- |
| Note | Définition |
| 1. Insatisfaisant | La performance a été **constamment inférieure aux attentes** dans la plupart des domaines d'étude liés aux critères d'évaluation. La **performance globale** pour les critères d'évaluation **n'est pas satisfaisante** en raison de graves lacunes dans certains des domaines. Des améliorations considérables sont nécessaires. Le rapport d'évaluation contient des recommandations visant à améliorer la performance et Action contre la Faim surveillera les progrès enregistrés dans ces domaines. |
| 2. Amélioration nécessaire | La performance **n'a pas toujours été à la hauteur des attentes dans certains domaines de l’évaluation** — la performance n'a pas répondu aux attentes dans un ou plusieurs domaines d'étude essentiels. Il faut faire des améliorations dans un ou plusieurs de ces domaines. Le rapport d'évaluation contient des recommandations visant à améliorer la performance et Action contre la Faim surveillera les progrès enregistrés dans ces domaines clés. |
| 3. Dans l'ensemble, répond aux attentes | Dans l'ensemble, la performance **a répondu aux attentes** dans tous les domaines essentiels de l’évaluation et la **qualité** globale **du travail était acceptable**. Les éventuelles recommandations sur les domaines pouvant être améliorés se trouvent dans le rapport d'évaluation. |
| 4. Répond aux attentes | La **performance a constamment répondu aux attentes** dans tous les domaines essentiels de l’évaluation et la **qualité** globale **du travail était assez bonne**. Les attentes les plus importantes ont été satisfaites. |
| 5. Exceptionnel | La performance a constamment répondu aux attentes grâce à la haute qualité du travail fourni dans tous les domaines essentiels de l’évaluation, et la qualité globale du travail a par conséquent été remarquable. |

##  Annexe VI: Modèle de Bonne Pratique

L'évaluation doit fournir un (1) exemple clé de bonne pratique du programme pour chacun des 3 pays. Cet exemple doit être en relation avec le domaine technique de l'intervention, soit en termes de procédés ou systèmes, et doit être potentiellement applicable dans d'autres contextes où Action Contre la Faim opère. Cet exemple de bonne pratique doit être présenté dans le résumé exécutif et dans le corps du texte du rapport.

|  |
| --- |
| Titre de la bonne pratique |
| (Max. 30 mots) |
| Elément novateur & caractéristiques clés |
| (Qu'est-ce qui rend la bonne pratique sélectionnée différente?) |
| Contexte de la bonne pratique |
| (Quelle était la justification de cette bonne pratique? Quels facteurs/idées/développements/événements ont mené à l'adoption de cette bonne pratique? Pourquoi et en quoi était-ce préférable à d'autres alternatives?) |
| Explication supplémentaire sur la bonne pratique choisie |
| (Elaborer sur les caractéristiques clés de la bonne pratique choisie. Comment celle-ci fonctionne dans la réalité? Qu'est-ce que cela implique? Comment a-t-elle été reçue par les communautés locales? Quelles étaient certaines de ses plus importantes/pertinentes caractéristiques? Qu'est-ce qui l'a rendue unique?) |
| Recommandations pratiques/spécifiques pour la reproduire |
| (Comment la pratique sélectionnée peut-elle être reproduite de manière plus vaste? Cette pratique peut-elle être répliquée (partiellement ou complétement) par d'autres programmes Action Contre la Faim ? Qu'est-ce que cela demanderait au niveau pratique? Qu'est-ce que cela demanderait au niveau des politiques?) |
| Comment la bonne pratique peut-elle être développée à l'avenir? |
| (Présenter les étapes à suivre pour améliorer la pratique et pour que la mission puisse encore tirer meilleur parti de cette bonne pratique) |

Annexe VII – Protocoles COVID19 pour les voyageurs vers la Côte d’Ivoire, le Liberia et la Sierra Leone (Mise à jour le 03-Janv-2022)

**Note :** Attention ces informations ne prennent en compte les protocoles pour les aéroports de transit (Ex : la Belgique demande une déclaration en ligne même pour les voyageurs en transit). En outre, en raison de l’évolution rapide de l’épidémie à la COVID19, Il est important de se renseigner en avant de partir et de vérifier la mise à jour des informations.

**CÔTE D’IVOIRE**

Pour les dernières mises à jour, consulter le site suivant : [https://deplacement-aerien.gouv.ci/#/home#procedure](https://deplacement-aerien.gouv.ci/#/home)

***Avant départ pour la Côte d’Ivoire :***

* Obtenir un test PCR négatif valide de **48h** à compter de la date de prélèvement et jusqu’à l’heure d’embarquement, à présenter à l’embarquement et à l’arrivée à Abidjan.
* Remplir la déclaration en ligne et payer 2000 CFA en ligne vers le lien suivant : [https://deplacement-aerien.gouv.ci](https://deplacement-aerien.gouv.ci/)
* Imprimer le test PCR, le reçu de paiement et la déclaration

***A l’arrivée en Côte d’Ivoire***

* Présenter les résultats du test PCR, le reçu de paiement et la déclaration

***Au départ de la Côte d’Ivoire :***

* Faire la déclaration de déplacement sur <https://deplacement-aerien.gouv.ci/> de préférence 2jours avant de voyager
* et payer (25 000 CFA) en ligne votre déclaration et votre test PCR COVID-19
* Se rendre dans un centre de prélèvement (pour le voyageur qui fait un Test PCR Covid-19) muni du reçu de paiement et de la déclaration pour faire son prélèvement. Le résultat du test PCR COVID-19 sera communiqué dans un délai de 48h maximum.
* Lorsque que le test est négatif, l’attestation est disponible en ligne sur <https://attestationcovid.ci>

**LIBERIA**

Pour les dernières mises à jour, consulter le site suivant : <https://moh.gov.lr/covid-19-testing-protocol/>

***Avant départ pour la Liberia :***

* Etre muni d’un certificat de vaccination valide (nouvelle disposition suite à l’arrivée du variant Omicron)
* Obtenir un test PCR négatif valide de 72h à compter de la date de prélèvement et jusqu’à l’heure d’embarquement à présenter à l’embarquement et à l’arrivée à Monrovia.
* Remplir le formulaire ‘Health Screening on Arrival Form’ in ligne via l’application mobile “Liberia Travel Application”:
	+ Android link: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.tuma.libtravel> ou
	+ Apple Store link: <https://apps.apple.com/us/apps/lib-travel/id1537552090>
* Payer en ligne les 75USD (50USD si l’évaluateur/rice est de la zone CEDEAO) couvrant les coûts de dépistage

***A l’arrivée au Liberia :***

* Tous les voyageurs arrivant au Liberia seront testés pour le COVID19 et doivent présenter le reçu de paiement (si non payé en avance, possibilité de payer au guichet de la banque UBA)
* Fournir un numéro de contact au Liberia (Directeur Pays, Responsable RH) pour le suivi et recevoir les résultats.
* L’isolement pendant 7 jours est recommandé pour tout voyageur mais n’est pas obligatoire, ACF n’obligera pas l’évaluateur/rice à s’isoler mais recommande cependant de bien surveiller tout symptôme (fatigue, maux de tête, rhume, perte de goût/odorat, toux) et d’en informer le directeur pays au moindre doute.

***Au départ du Liberia :***

* Obtenir un test PCR négatif valide de 72h (réaliser le test 3 jours avant de partir). Le certificat peut être téléchargé ici : [http://libeiracovidtravel.org](http://libeiracovidtravel.org/) (attention pas de test le dimanche)
* S’enregistrer et payer 75USD sur le site suivant : [http://libeiracovidtravel.org](http://libeiracovidtravel.org/)
* Présenter la copie du test négatif et du paiement.

**SIERRA LEONE**

Pour les dernières mises à jour, consulter le site suivant : <https://www.travel.gov.sl/faq>

**IMPORTANT**: As of Monday the 4 th October 2021, all incoming passengers over the age of 18 who are unvaccinated will have to quarantine at a NaCOVERC-approved hotel on arrival to Sierra Leone, while they wait for the results of their airport PCR test.

***Avant départ pour la Sierra Leone :***

* Réaliser un test PCR négatif valide de 72h à compter de la date/heure de prélèvement jusqu’à la date/heure d’embarquement
* S’enregistrer sur le site [www.travel.gov.sl](http://www.travel.gov.sl) et charger le certificat PCR en ligne, puis payer en ligne (80 USD) le test COVID qui sera fait à l’arrivée
* Conserver le reçu de paiement, le certificat PCR et le numéro ID

***A l’arrivée en Sierra Leone***

* Présenter son certificat de vaccination et test PCR
* Donner son numéro ID du site trave.gov.sl et un numéro de téléphone Sierra Léonais (Country Director, ou HR HOD)
* Réaliser un test PCR à l’aéroport, les résultats seront partagés par SMS vers le numéro sierra léonais donné.
* Il est recommandé de s’isoler en attendant les résultats du test PCR mais ACF n’obligera pas l’évaluateur/rice à s’isoler mais recommande cependant de bien surveiller tout symptôme (fatigue, maux de tête, rhume, perte de goût/odorat, toux) et d’en informer le directeur pays au moindre doute.

***Au départ de la Sierra Leone***

* S’enregister sur le site [www.travel.gov.sl](http://www.travel.gov.sl) en utilisant son ID.
* Payer via le site, 80 USD pour le test PCR à réaliser
* Réaliser un test PCR 3 jours avant de partir (les laboratoires sont ouverts tous les jours)
* Le certificat de résultats du test PCR sera disponible via le portail en utilisant l’ID.
1. Mortalité infantile en Sierra Leone : < 1 an 92 pour 1’000 naissances vivantes et <5 ans 154 pour 1’000 naissances vivantes. [↑](#footnote-ref-2)
2. UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group - estimations (OMS et al. 2015) [↑](#footnote-ref-3)
3. WHO, 2015 725 [527 - 1 030] décès [↑](#footnote-ref-4)
4. Rapport Annuel sur la situation sanitaire en Côte d’Ivoire - 2016 [↑](#footnote-ref-5)
5. En 2012/2013 entre 9 et 13 % des femmes de 20-24 ans étaient mariés avant l’âge de 15 ans, entre 31 % et 37 % d’entre elles ont été enceintes avant l’âge de 18 ans et entre 6 % et 10 % avant l’âge de 15 ans (UNFPA) [↑](#footnote-ref-6)
6. Sierra Leone MICS 2017, Liberia DHS 2013, Côte d’Ivoire MICS 2016 [↑](#footnote-ref-7)
7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28528753> [↑](#footnote-ref-8)
8. En Sierra Leone, la gratuité est étendue aux survivants du virus Ebola. [↑](#footnote-ref-9)
9. http://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDGGHEDGGESHA2011v [↑](#footnote-ref-10)
10. Une évaluation sera faite séparément pour la réponse COVID19 au Liberia [↑](#footnote-ref-11)
11. L’analyse de l’approche partenariale avec les ONG nationales sera faite en interne par le coordinateur du programme [↑](#footnote-ref-12)
12. <http://www.alnap.org/resource/23638> [↑](#footnote-ref-13)
13. Comme une évaluation approfondie de l'impact est liée à l'estimation de l'attribution, qui peut être mesurée que par des modèles d'évaluation expérimentaux ou quasi expérimentaux, le critère a été reformulé d’«impact» à «probabilité d'un impact». [↑](#footnote-ref-14)
14. [1] Voir l’annexe VII pour les mesures du gouvernement en lien avec le COVID19 pour les voyageurs [↑](#footnote-ref-15)
15. Cette liste est non-exhaustive [↑](#footnote-ref-16)