

**Evaluation sommative de l'initiative OMS
pour l'élargissement de l'accès rapide (RAcE)
Volume 2 : Annexes (Termes de Référence)**

Evaluation institutionnelle
commandée par le Bureau
OMS de l'évaluation

Mai 2018



Global Affairs Affaires mondiales
Canada Canada



**World Health
Organization**

Cette évaluation indépendante a été financée par Affaires mondiales Canada dans le cadre de sa subvention à l'OMS pour la mise en œuvre du Programme pour l'élargissement de l'accès rapide 2011/2012-2017/2018 et a été appuyée par un groupe de gestion de l'évaluation composé de représentants des bureaux d'évaluation d'Affaires mondiales Canada, de l'UNICEF et de l'OMS.

Groupe de gestion de l'évaluation

Elil Renganathan, Bureau OMS de l'évaluation, Président
Beth Ann Plowman, Bureau UNICEF de l'évaluation
Pierre J. Tremblay, Affaires mondiales Canada, Bureau de l'évaluation et des résultats
Anne-Claire Luzot, Bureau OMS de l'évaluation, Supervision technique
Anand Sivasanakara Kurup, Bureau OMS de l'évaluation, Chargé de l'évaluation

Groupe de référence de l'évaluation

Fred Binka, Université de la santé et des sciences, Ghana
Camille Bouillon Bégin, Affaires mondiales Canada, Bureau de la santé et de la nutrition
Kimberly Connolly, USAID, Washington DC
Ernest Darkoh, BroadReach Health Care, Afrique du Sud
Margaret Gyapong, Université de la santé et des sciences, Ghana
Chinwoke Isiguzo, Society for Family Health, État d'Abia, Nigeria
Gomezgani Jenda, Save the Children, Malawi
Elizabeth Juma, Institut de recherche médicale du Kenya, Kenya
Grace Nganga, World Vision, Niger
Pascal Ngoy, International Rescue Committee, République Démocratique du Congo
Olusola Oresanya, Malaria Consortium, État du Niger, Nigeria
Stefan Peterson, UNICEF, New York
Salim Sadruddin, Programme Mondial de lutte contre le Paludisme, OMS, Genève
Marla Smith, Save the Children and Malaria Consortium, Mozambique
Mark Young, UNICEF, New York



Right to health & development

Equipe d'évaluation : Josef Decosas (Chef d'équipe), Alice Behrendt, Marieke Devillé, Ingeborg Jille-Traas, Leo Devillé (assurance qualité)

Spécialistes des pays de l'équipe d'évaluation : Abdon Mukalay (République Démocratique du Congo), John Phuka (Malawi), Sandra Manuel (Mozambique), Mahamane Karki (Niger) et Vivian Shaahu (Nigeria)

Laarstraat 43
B-2840 Reet
Belgique
Tél : +32 2 844 59 30
Site web : www.hera.eu
Email : hera@hera.eu

L'analyse et les recommandations du présent rapport sont celles de l'équipe d'évaluation indépendante et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Organisation mondiale de la Santé. Il s'agit d'une publication indépendante du Bureau OMS de l'évaluation.

Toute demande de renseignements au sujet de cette évaluation doit être adressée à :

Bureau OMS de l'évaluation, Organisation mondiale de la Santé
Email: evaluation@who.int

ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE

1. JUSTIFICATION, BUT ET OBJECTIFS

1.1 JUSTIFICATION ET BUT DE L'ÉVALUATION

L'évaluation sommative a pour but de :

- Contribuer à des enseignements pertinents et pratiques afin d'éclairer les dialogue et politique mondiaux en matière de prise en charge communautaire intégrée (iCCM) ;
- Apporter des informations utiles pour le dialogue sur la politique de l'OMS en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, pour la conception des programmes et leur exécution, ainsi que pour Affaires mondiales Canada (GAC) ;
- Rendre compte de l'utilisation des fonds publics aux différents partenaires.

L'évaluation sera conduite à l'heure actuelle¹, car les activités du programme prendront fin en mars 2018.

1.2 OBJECTIFS PARTICULIERS DE L'ÉVALUATION

Les objectifs particuliers de l'évaluation sont :

- Évaluer l'efficacité, l'efficience, la pertinence, l'impact² et la durabilité des résultats du programme RAcE ;
- Évaluer le modèle de fourniture de l'iCCM faisant appel à des sous-traitants ;
- Procéder à un examen par des pairs et valider l'évaluation internationale de la contribution du programme RAcE à l'impact escompté effectuée par l'ICF ;
- Aboutir à des résultats, des conclusions, des recommandations et des enseignements pertinents et pratiques afin d'éclairer le dialogue sur les politiques, la conception et la mise en œuvre future de l'iCCM.

2. OBJET ET AMPLEUR DE L'ÉVALUATION

Les sous-sections suivantes décrivent brièvement le contexte de l'initiative, l'initiative à évaluer (l'objet de l'évaluation), la logique d'intervention et les parties prenantes. L'évaluation couvre l'ensemble du programme RAcE décrit dans la section 2.2 ci-dessous.

2.1 CONTEXTE DU DEVELOPPEMENT

L'ONU et d'autres organisations internationales ont publié un bon nombre de rapports sur les progrès accomplis dans la réalisation des OMD, qui montrent que de nombreux pays ont fait des progrès considérables malgré les difficultés rencontrées ces dernières années. Depuis 1990, le monde a réduit de plus de moitié le taux et le nombre de décès d'enfants. Par exemple, depuis 1990, le taux mondial de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 91 décès pour 1 000 naissances vivantes à 43 en 2015.³ En chiffres absolus, le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans au niveau mondial a diminué de 53% ; le taux annuel moyen de réduction s'est accéléré, passant de 1,8% par an sur la période 1990-2000 à 3,9% sur la période 2000-2015.

¹ Les TdR sont datés du 31 juillet 2018

² L'évaluation de l'impact doit utiliser d'autres méthodologies que les approches contrefactuelles classiques, c'est-à-dire déterminer avec certitude que le programme RAcE a eu un impact à travers l'utilisation de méthodes mixtes non contrefactuelles. Affaires mondiales Canada vise, à travers cette évaluation, à contribuer dans la mesure du possible à l'ensemble des évaluations croissant en s'efforçant d'élargir les méthodes pour des évaluations de l'impact d'interventions complexes.

³ http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/

Malgré ces progrès, on estime, qu'en 2015, 5,9 millions d'enfants de moins de cinq ans sont morts de maladies facilement évitables ou guérissables (soit l'équivalent de 11 enfants par minute). La grande majorité de ces décès ont lieu dans les pays en développement (l'Afrique et l'Asie représentent ensemble plus de 90% de tous les décès d'enfants) et pourraient être évités ou traités par des interventions connues. Trois maladies - la pneumonie, la déshydratation diarrhéique et le paludisme - sont responsables de près de la moitié des décès d'enfants dans le monde.

Des nombreuses preuves existent qu'en utilisant une approche iCCM, les agents de santé communautaire (ASC) peuvent diagnostiquer et traiter correctement les enfants atteints de diarrhée, de pneumonie et de paludisme, en supposant qu'ils reçoivent une formation initiale adéquate, un (ré)approvisionnement régulier des intrants et une supervision continue.

Des estimations récentes suggèrent que la prise en charge de la pneumonie au niveau communautaire pourrait réduire de 70% la mortalité liée à la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans. De même, des preuves existent que la prise en charge communautaire du paludisme est associée à une réduction de 40% de la mortalité globale chez les enfants de moins de cinq ans et à une réduction de 60% des décès liés au paludisme dans ce même groupe d'âge. Il a également été constaté que les sels de réhydratation orale et le zinc sont efficaces contre la mortalité à domicile et en milieu communautaire due à la diarrhée ; les sels de réhydratation orale permettent d'éviter 93% des décès liés à la diarrhée, et le zinc permet de réduire la mortalité due à la diarrhée de 23%. La Déclaration conjointe inter-agences de l'OMS-GMP et de l'UNICEF a identifié l'iCCM et le traitement correct de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme au niveau communautaire comme l'une des "interventions les plus puissantes pour réduire la mortalité".

2.2 DESCRIPTION DE L'INITIATIVE

Le GAC accorde une subvention à l'OMS pour mettre en œuvre le Programme d'Expansion de l'Accès Rapide (*Rapid Access Expansion programme*) (2011/12-17/18). Grâce à cette initiative, l'OMS accorde des sous-subventions aux ONG pour encourager les pays fortement atteints à augmenter la couverture des services de diagnostic, de traitement et de référence pour les principales maladies entraînant une mortalité élevée chez les enfants de moins de cinq ans (diarrhée, pneumonie et paludisme), à travers l'extension de l'iCCM. L'OMS s'efforce également de produire des données probantes afin d'éclairer les recommandations et les orientations politiques de l'OMS sur l'iCCM. L'OMS met en œuvre des activités en République Démocratique du Congo, au Niger, au Nigéria, au Mozambique et au Malawi, pays qui ont tous démontré leur capacité à mettre en œuvre la prise en charge au niveau communautaire des cas de paludisme et la programmation iCCM.

Des fonds sont fournis au siège de l'OMS par le biais d'un accord de subvention. Le secrétariat de l'OMS/Programme Mondial de lutte contre le Paludisme du RAcE Genève gère les fonctions techniques et opérationnelles de la subvention. Les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS apportent un appui continu aux sous-bénéficiaires engagés pour mettre en œuvre les activités.

2.3 MODELE LOGIQUE

Le modèle logique (chaîne de résultats) du programme (dans l'Annexe 4) clarifie l'impact attendu et les résultats à réaliser au cours de la période du programme et identifie les principaux domaines d'activités à entreprendre pour les réaliser. Ce modèle logique a servi de référence pour l'identification des domaines d'investigation indicatifs (dans section 3).

2.4 PARTIES PRENANTES

2.4.1 Partenaires de coopération (agences d'exécution ou organisations chargées de la mise en œuvre)

Agence d'exécution : Créée en 1948, l'OMS est l'agence des Nations Unies chargée de la santé ; elle est composée de 194 États membres et est régie par l'Assemblée Mondiale de la Santé. Au sein de l'OMS, le Programme Mondial de lutte contre le Paludisme (GMP en abréviation anglaise) est le département technique chargé d'orienter les États membres sur tous les aspects de la prévention, de la lutte et de l'élimination du paludisme. Les rôles clés du GMP sont les suivants : 1) Établir, communiquer et promouvoir l'adoption de normes, standards, politiques et directives fondés sur des données probantes ; 2) Suivre, de façon indépendante, les progrès mondiaux ; 3) Élaborer des approches pour le renforcement des capacités, le renforcement des systèmes et la surveillance ; et 4) Identifier les risques liés à la lutte contre le paludisme et à son élimination ainsi que les nouvelles possibilités d'action.

L'un des avantages stratégiques de l'OMS est sa présence aux niveaux mondial, régional et national. L'OMS agit également en tant que partenaire technique des gouvernements, ce qui leur donne une plus grande capacité d'influence et de durabilité que la plupart des ONG. En collaboration avec le Département de la santé maternelle et infantile (OMS), le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ainsi qu'avec d'autres agences telles que l'UNICEF et les principaux partenaires de développement, l'OMS/GMP, avait notamment pour objectif pour le programme RAcE de veiller à ce que des politiques et des documents d'orientation mondiaux sur l'iCCM soient élaborés. Pour ce faire, des éléments de documents tels que la stratégie pour la prise charge des cas de paludisme à domicile du Partenariat Roll Back Malaria (RBM) (OMS 2004), le Plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie (OMS et UNICEF 2009) et la Prise en charges des enfants malades par les ASC (OMS et UNICEF 2006) ont été incorporés et mis à jour.

Pour le programme RAcE, l'OMS/GMP a mis en place deux organes de conseil et de supervision indépendants :

- **Groupe de pilotage international** : Le groupe de pilotage international (ISG en abréviation anglaise) a été créé pour assurer une supervision générale de la mise en œuvre du programme et pour conseiller l'OMS/GMP en ce qui concerne son développement et son organisation, afin d'améliorer la pertinence, l'impact et la durabilité du programme RAcE. L'ISG était principalement chargé de fournir des conseils sur les orientations politiques et stratégiques, ainsi que sur les procédures opérationnelles du Programme. L'ISG était composé de sept individus expérimentés dans les domaines du paludisme au niveau mondial, de l'iCCM, de la santé infantile ou des systèmes de santé. Le groupe s'est réuni chaque année pour évaluer le progrès du programme et formuler des recommandations sur la mise en œuvre des politiques et programmes.
- **Comité de revue du projet** : Afin d'assurer l'intégrité et la cohérence d'un processus de revue et de sélection ouvert et transparent fondé sur des critères objectifs, un comité de revue du projet (PRP en abréviation anglaise) a été créé ; celui-ci est composé de six membres avec une expérience dans les domaines de l'iCCM au niveau mondial, des systèmes de santé et de la santé infantile. Au début, le PRP a procédé à la revue technique et financière des demandes de subvention soumises par les institutions et/ou organisations éligibles et a émis des recommandations à l'OMS/GMP concernant l'acceptation ou le rejet des demandes de financement, dans chaque cas avec de brèves justifications. Le PRP a également procédé à une revue technique et financière des projets en cours déjà recommandés pour le financement (y compris en ce qui concerne la conformité des conditions

applicables à la subvention par les bénéficiaires) et a fait des recommandations à l'OMS/GMP concernant la poursuite du financement de ces projets, chaque fois avec de brèves justifications.

2.4.2 Organisations chargées de la mise en œuvre

Malawi : Save the Children - Save the Children met en œuvre RAcE Malawi, en collaboration avec D-Tree International, Medical Care Development International et le Ministère de la Santé. En 2013, lorsque le programme RAcE a débuté, celui-ci a été mis en œuvre dans quatre districts : Ntichisi, Dedza, Ntcheu et Mzimba Nord. Quatre districts supplémentaires ont été ajoutés à mi-parcours du programme, élargissant le programme aux districts de Likoma, Lilongwe Rural, Nkhata Bay et Rumphi. En 2014, le programme a ajouté une composante santé néonatale au programme iCCM dans le district de Ntcheu, dans lequel des assistants de surveillance sanitaire (HSA en abréviation anglaise) effectuent des visites à domicile chez les femmes enceintes et de nouveau 8 jours après l'accouchement pour évaluer et conseiller les mères et les nouveau-nés.

Mozambique : Save the Children - Save the Children est le partenaire de mise en œuvre principal qui collabore avec le Ministère de la Santé au Mozambique, ainsi qu'avec le sous-bénéficiaire Malaria Consortium. Save the Children dirige la mise en œuvre dans les provinces de Manica, Zambezia et Nampula. Malaria Consortium est chargé de la mise en œuvre dans la province d'Inhambane.

Niger : World Vision - World Vision met en œuvre le programme RAcE en collaboration avec le Ministère de la Santé du Niger. Au Niger, le programme RAcE est mis en œuvre dans trois districts de la région de Dosso (Dogondoutchi, Dosso et Boboye) et dans le district de Keita dans la région de Tahoua.

Nigeria : Il y a deux régions du programme RAcE au Nigeria : La Society for Family Health (SFH) met en œuvre RAcE dans l'État d'Abia, en collaboration avec le Ministère de la Santé de l'État d'Abia et l'Agence de développement des soins de santé primaires de l'État d'Abia. RAcE Abia est mis en œuvre dans 15 régions administratives locales de l'État (LGA en abréviation anglaise) : Arochukwu, Bende, Ikwano, IsialaNgwa Sud, IsialaNgwa Nord, Isuikwato, Nneochi, ObiomaNgwa, Ohafia, OsisiomaNgwa, Ogwumago, Ukwu Est, Ukwu Ouest, Umuahia Nord et Umuahia Sud. Malaria Consortium met en œuvre RAcE dans l'État du Niger, en collaboration avec le ministère de la Santé de l'État du Niger et l'Agence de développement des soins de santé primaires de l'État du Niger. RAcE Niger est mis en œuvre dans six LGA de l'État : Edati, Lapai, Mariga, Paikoro, Rafi et Rijau.

RDC : International Rescue Committee - En RDC, le programme RAcE est mis en œuvre par l'International Rescue Committee (IRC) dans onze zones sanitaires de la province du Tanganyika, à savoir : Kalemie, Niemba, Kansimba, Moba, Kongolo, Nyunzu, Kiambi, Manono, Kabolo, Ankoro et Mbulula.

2.4.3 Organisme du suivi, de l'évaluation et du renforcement des capacités

L'ICF a été contracté par l'OMS pour fournir un appui en matière de suivi et évaluation (S&E) au programme RAcE. Cet appui inclut la conception de protocoles et d'outils standardisés pour les enquêtes initiales et finales auprès des ménages et l'aide aux organisations chargées de la mise en œuvre des enquêtes initiales et finales auprès des ménages dans chaque pays ; la mise en place d'une assistance technique et d'une assurance de qualité des données de suivi de routine ; et la réalisation d'une évaluation finale du programme. L'ICF a également contribué à l'élaboration d'une feuille de route pour la durabilité, à la tenue d'ateliers de planification de la transition dans les pays de mise en œuvre, et a aidé les partenaires de mise en œuvre à renforcer leurs capacités en matière de qualité des données.

2.4.4 Parties prenantes principales (bénéficiaires directs)¹

- Enfants de moins de cinq ans qui reçoivent des traitements liés au paludisme, à la diarrhée et à la pneumonie.
- De manière moins directe, les gouvernements nationaux bénéficient de politiques iCCM renforcées, de directives de mise en œuvre et de résultats de recherche opérationnelle qui peuvent influencer la prise de décision.
- ASC.

2.4.5 Bailleurs

Le GAC est le seul bailleur du programme RAcE.

2.4.6 Parties intéressées

- Autres bailleurs potentiels intéressés à appuyer.
- Gouvernements qui gèrent des programmes iCCM et qui sont intéressés par les leçons apprises parmi et entre les pays ciblés par le programme RAcE.

3. CRITERES D'EVALUATION ET DOMAINES D'INVESTIGATION INDICATIFS

L'évaluation appliquera les critères d'évaluation largement acceptés du CAD/OCDE pour évaluer l'aide au développement : pertinence, efficience, efficacité, impact et durabilité. L'évaluation portera également sur des questions transversales, telles que l'égalité et l'équité entre les sexes.

Les critères d'évaluation ont été traduits en domaines d'investigation indicatifs, présentés dans le tableau 1. Ces questions serviront de point de départ pour l'élaboration d'un ensemble de questions d'évaluation spécifique au cours de la phase initiale. Les domaines d'investigation indicatifs visent à donner une forme plus précise aux critères d'évaluation et à articuler les domaines d'intérêt clés qui ont émergé de la consultation avec les parties prenantes, optimisant ainsi l'utilité de l'évaluation.

Tableau 1 : Domaines d'investigation indicatifs pour l'évaluation finale

Domaines d'investigation indicatifs (Critère du CAD / Critères couverts)	Information additionnelle / Explication
1. La mesure dans laquelle <u>la conception originale du programme RAcE a répondu aux besoins et aux priorités des principaux intervenants</u> des systèmes de santé nationaux et est conforme aux stratégies nationales de santé. (<i>Pertinence</i>)	Pour ce critère, les évaluateurs devront rechercher dans quelle mesure les objectifs du programme RAcE sont conformes aux priorités et aux besoins des stratégies nationales de santé des pays participant au programme, y compris en matière de mortalité de l'enfant et du nouveau-né. Les évaluateurs devront comparer les priorités programmatiques (exprimées dans la conception du programme) : a) avec les besoins recensés dans les politiques et plans gouvernementaux pertinents, et les priorités gouvernementales correspondantes dans les pays participant au programme; et b) avec les besoins liés à la santé recensés par des tiers compétents dans leurs analyses de la situation sanitaire dans les pays participants.

¹ Les parties prenantes principales doivent être désagrégées par sexe lorsque c'est possible et approprié.

Domaines d'investigation indicatifs (Critère du CAD / Critères couverts)	Information additionnelle / Explication
<p>2. La mesure dans laquelle le programme RAcE, à travers ses activités au niveau des pays associés à des activités de recherche appliquée, a été en mesure <u>de contribuer à accroître l'utilisation des intrants essentiels nécessaires pour diagnostiquer et traiter les principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans</u> dans les pays participants. (<i>Résultats intermédiaires – Efficacité, durabilité</i>)</p>	<p>L'approche du programme RAcE partait du principe que la mise en œuvre réussie du programme dans les six sites de mise en œuvre sélectionnés contribuerait à catalyser le développement de l'iCCM comme partie intégrante des services de santé publique visant à réduire la mortalité de l'enfant.</p> <p>L'évaluation de cette question devra donc porter sur les liens entre les activités de l'OMS et des partenaires d'exécution financées par le programme RAcE dans certains districts ou régions des pays participant au programme et sur les changements pouvant en résulter au niveau des systèmes de santé nationaux, tels que:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) une capacité accrue des pouvoirs publics et des établissements de santé à diagnostiquer et à traiter les maladies touchant les enfants de moins de cinq ans; ii) un renforcement de la prestation de services de santé adéquats et de qualité par les agents de santé communautaire (ASC) dans les zones sous-desservies; et iii) un accès accru aux biens, intrants et services de santé (<i>3 résultats à court terme</i>). L'évaluation de cette question devra également porter sur la mise en place des soins de santé maternels et néonataux à base communautaire dans le cadre de l'iCCM au Malawi.

Domaines d'investigation indicatifs (Critère du CAD / Critères couverts)	Information additionnelle / Explication
<p>3. La mesure dans laquelle le programme RAcE a contribué à un environnement favorable sur le plan des politiques et de la réglementation à l'appui de l'iCCM comme élément clé de la prestation de services de santé. (Durabilité, valeur ajoutée, efficacité et efficacité)</p>	<p>Sans une adhésion au niveau national et sans une politique de santé nationale qui permet aux agents de santé communautaire de dispenser des médicaments contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, le programme n'aurait qu'un impact limité et ne serait pas durable à long terme. En tant qu'institution spécialisée des Nations Unies chargée de la santé, l'OMS a pour mandat de diriger les travaux qui, dans le domaine de la santé, ont un caractère international, y compris en élaborant des normes, en définissant des options politiques fondées sur des données factuelles et en apportant un soutien technique aux pays. À ce titre, elle est idéalement placée pour superviser la mise en place d'un programme sanitaire de grande envergure. Les évaluateurs devront orienter leur recherche sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le modèle d'exécution, faisant appel à des sous-traitants, utilisé par l'OMS et sa contribution au renforcement des capacités gouvernementales en permettant une plus grande appropriation et une meilleure capacité d'exécution des ministères de la santé. • Comment l'environnement politique et réglementaire spécifique à l'iCCM a évolué au cours de l'exécution du programme RAcE. • Si l'OMS s'est convenablement acquittée de son mandat en produisant des données probantes pour formuler des recommandations normatives en matière de politique et les exigences en matière de surveillance et d'évaluation pour l'iCCM. • Dans quelle mesure l'OMS a utilisé les données probantes produites pour améliorer le profil de l'iCCM dans la communauté mondiale.
<p>4. La mesure dans laquelle les changements observés dans la couverture thérapeutique de l'iCCM et l'évolution de la mortalité de l'enfant dans les zones couvertes par le programme RAcE, ainsi que les contributions plausibles du programme RAcE à tout changement identifié lors de l'évaluation conduite par l'ICF peuvent être corroborés de manière indépendante</p>	<p>L'OMS a chargé l'ICF d'effectuer une évaluation finale de l'impact du programme RAcE dans chacun des six sites de mise en œuvre. L'ICF était également partie prenante du programme RAcE, comme indiqué dans la section 2.4.2. En tant que tel, cela constitue un conflit d'intérêt perçu et cela pourrait miner la crédibilité des résultats de l'évaluation de l'ICF, en particulier si des directives revues par des pairs ou une contribution à la base de données probantes mondiale pour l'iCCM doivent être publiées. Ainsi, pour s'assurer que l'important ensemble de données probantes de l'ICF peut être utilisé avec confiance, les évaluateurs devront procéder à une revue par les pairs afin de confirmer la validité de l'évaluation de l'ICF.</p>

Domaines d'investigation indicatifs (Critère du CAD / Critères couverts)	Information additionnelle / Explication
5. La mesure dans laquelle le programme RAcE a contribué aux réalisations de résultats en matière d'égalité entre les sexes.	Dans le cadre de ce domaine, les évaluateurs devront rechercher dans quelle mesure le programme RAcE a conduit à l'avancement de l'égalité entre les sexes, en particulier pour 1) les ASC, en examinant les possibilités d'emploi et de leadership pour les ASC femmes ; et 2) les membres des communautés ciblées, en examinant comment le programme RAcE a surmonté les obstacles qui affectent la manière dont les services de santé sont fournis et consultés par les populations difficiles à atteindre, en particulier les femmes et les filles.

4. METHODOLOGIE ET APPROCHE DE L'EVALUATION

Le programme RAcE n'a pas été conçu pour être un programme expérimental et n'a pas de contrefactuel. Par conséquent, cette évaluation doit utiliser des approches non contrefactuelles telles que l'analyse de contribution (CA en abrégation anglaise) ou le suivi des processus (PT en abrégation anglaise) ou, mieux encore, une approche combinée permettant une inférence causale. Les éléments méthodologiques requis indiqués ci-dessous appuient une CA. Les évaluateurs sont encouragés à proposer un modèle méthodologique qui pourrait combiner le suivi des processus afin de renforcer la confiance à l'égard des demandes de contribution. Évidemment, l'évaluation utilisera également des méthodes mixtes et s'appuyera sur des données quantitatives et qualitatives.

Ces méthodes complémentaires et la collecte de différentes sources de données seront déployées afin de s'assurer que l'évaluation :

- réponde aux besoins des utilisateurs et à l'utilisation prévue des résultats de l'évaluation ;
- intègre les principes de genre et de droits humains¹ tout au long du processus d'évaluation, y compris la participation et la consultation des principales parties prenantes dans la mesure du possible ; et
- triangule les données récoltées afin de fournir des informations fiables sur l'étendue des résultats et des avantages pour les parties prenantes principales.

Les données seront, dans la mesure du possible, désagrégées selon des critères pertinents (âge, sexe, etc.). L'évaluation sera également sensible aux relations de pouvoir équitables entre les parties prenantes.

L'évaluation suivra les normes et standards d'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (UNEG) et se conformera aux directives éthiques et au code de conduite de l'UNEG et à tout autre code d'éthique pertinent.

4.1 LOGIQUE D'INTERVENTION ET THEORIE DU CHANGEMENT DU PROGRAMME RACE

L'évaluation utilisera une approche basée sur la théorie, ce qui signifie que la méthodologie d'évaluation sera basée sur une analyse minutieuse des résultats, des extraits, des activités et des facteurs contextuels (qui peuvent avoir eu un effet sur la mise en œuvre du programme RAcE) et de leur potentiel pour atteindre les résultats souhaités. L'analyse de la théorie du changement du programme et l'éventuelle validation/mise à jour de sa logique d'intervention joueront donc un rôle central dans la

¹ UNEG Handbook on Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluation – Towards UNEG Guidance. Voir: <http://www.uneval.org/document/detail/980>

conception de l'évaluation (phase initiale), dans l'analyse des données recueillies tout au long de son déroulement, dans le compte rendu des résultats et dans l'élaboration de conclusions et de recommandations pertinentes et pratiques.

Les évaluateurs baseront leur évaluation sur l'analyse et l'interprétation de la cohérence logique de la chaîne des effets ; à savoir, établir un lien entre les activités et les extraits du programme et les changements dans les domaines de résultats des niveaux supérieurs dans la chaîne, sur la base des observations et des données récoltées tout au long de la chaîne. Cette analyse devrait servir de base pour l'estimation par les évaluateurs de la mesure dans laquelle le programme en cours contribue à la réalisation des résultats souhaitables prévus dans les documents de programmation du programme RAcE.

L'équipe d'évaluation élaborera la méthodologie d'évaluation conformément à l'approche d'évaluation et concevra les outils correspondants pour récolter des données et des informations qui formeront la base pour des réponses valides et fondées sur des preuves aux questions d'évaluation, et à une évaluation globale du programme RAcE. La conception méthodologique comprendra : un cadre analytique ; une stratégie de collecte et d'analyse des données ; des outils spécifiquement conçus ; une matrice d'évaluation ; et un plan de travail détaillé.

4.2 FINALISATION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION ET HYPOTHESES

La finalisation des questions d'évaluation, qui orienteront l'évaluation, devrait clairement refléter les critères d'évaluation et les domaines d'investigation indicatifs listés dans les présents Termes de Référence (TdR). Les questions devraient également s'appuyer sur les résultats de la validation/mise à jour de la logique d'intervention du programme RAcE. Les questions d'évaluation seront incluses dans le rapport initial.

Les questions d'évaluation doivent être complétées par des hypothèses qui rendent compte des aspects clés de la logique d'intervention ; cela permettra aux évaluateurs d'estimer si les conditions préalables - qui permettent d'augmenter la couverture des services de diagnostic, de traitement et des services de référence pour les principales maladies atteignant les enfants de moins de cinq ans (diarrhée, pneumonie et paludisme), par la mise à l'échelle de l'ICCM - sont remplies. La collecte des données pour chacune des hypothèses sera guidée par des indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui doivent être clairement formulés.

4.3 ÉTUDES DE CAS DE PAYS BIEN CONÇUES

Une étude de cas bien conçue doit être au centre de la méthodologie d'évaluation. Les études de cas viseront à maximiser l'étendue et la profondeur des connaissances sur les questions d'évaluation et fourniront une image complète et nuancée des actions du programme RAcE et de leurs effets. Elles seront donc illustratives (plutôt que statistiquement représentatives), documentant l'éventail des contextes traités et des interventions entreprises par le programme RAcE. Des études de cas examineront la conception et la mise en œuvre des interventions du programme, ainsi que les résultats obtenus dans le contexte spécifique des pays du programme, principalement au niveau national. Les contextes locaux seront reflétés dans la mesure du possible. Une attention particulière sera accordée aux questions d'égalité et d'équité entre les sexes. Chaque étude de cas s'appuiera sur de multiples sources et types de preuves (tant quantitatives que qualitatives), afin d'augmenter la validité de leurs constatations et des conclusions de l'évaluation finale du programme RAcE. Les données collectées à partir des études de cas de pays seront analysées et documentées dans un résumé d'étude de cas de pays.

Les évaluateurs doivent commencer la collecte de données pour les études de cas sur le terrain dans le cadre de leur revue documentaire, mais ils auront en outre la possibilité de collecter davantage de données et d'informations primaires et secondaires au cours de leurs visites dans les pays. On s'attend à ce qu'au moins un membre de l'équipe d'évaluation de base passe environ 10 jours ouvrables dans chacun des pays de l'étude de cas. Cette équipe internationale sera appuyée par un évaluateur national du pays visité. Le calendrier de chaque visite de pays sera déterminé sur la base des besoins en données des études de cas de pays et sur la base d'autres besoins en données, qui doivent être satisfaits pour répondre aux questions de l'évaluation globale.

4.4 LARGE GAMME D'OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES (QUANTITATIFS ET QUALITATIFS)

L'évaluation utilisera une large gamme d'outils de collecte de données, y compris, mais sans s'y limiter :

- **Revue documentaire exhaustive et analyse des données.** L'équipe d'évaluation collectera des données secondaires relatives au programme RAcE, y compris des documents provenant de tiers ainsi que des données socio-économiques et sanitaires (telles que celles des Enquêtes Démographiques et de Santé) pour les pays du programme. L'équipe d'évaluation collectera également des données primaires par des outils tels que des entretiens, des questionnaires ou enquête pour des discussions de groupe (voir ci-dessous), ainsi que par des observations directes et des visites sur le terrain - par exemple, des systèmes logistiques et d'approvisionnement, des établissements de santé, des instituts de formation, etc. Le plan de travail pour la collecte des données doit être finalisé dans la conception méthodologique (rapport de la phase initiale).

NOTE : Au cours de la phase initiale et des phases de collecte de données, l'équipe d'évaluation procédera à une revue et une validation par des pairs des ensembles de données de l'ICF. S'ils sont validés, ces ensembles de données devraient être utilisés pour apporter des informations pour l'évaluation en cours. L'équipe d'évaluation ne sera, en effet, pas en mesure de dupliquer le travail effectué par l'ICF.

- L'équipe d'évaluation conduira des **entretiens de groupe et discussions de groupe** avec les membres des équipes chargées de la mise en œuvre du programme RAcE, les participants/bénéficiaires du programme, les représentants du gouvernement aux niveaux national et local, les prestataires de services, les décideurs politiques, ainsi que d'autres acteurs, tels que les ONG participantes et les organisations de la société civile. Les protocoles initiaux pour les discussions de groupe seront élaborés au cours de la phase initiale et seront finalisés lors de la préparation des visites sur le terrain. Lors de l'organisation des discussions de groupe et entretiens de groupe, une attention particulière sera accordée à : l'équilibre entre les sexes, la répartition géographique et la sensibilité culturelle, la représentation des groupes de population et la représentation des parties prenantes/responsables à tous les niveaux (politiques/prestataires de services/groupes cibles/communautés). En particulier, l'équipe d'évaluation réfléchira sur les catégories d'intervenants ciblés par l'évaluation en tant que composante importante tout en choisissant le type de discussion de groupe (p. ex. groupes socialement homogènes par rapport à groupes de points de vue divergents). Le cas échéant, l'équipe d'évaluation doit détailler les caractéristiques de chaque échantillon : la méthode de sélection, la justification de la sélection et les limites de l'échantillon pour l'interprétation des résultats de l'évaluation.
- L'équipe d'évaluation mènera **des entretiens avec les informateurs clés**. Des membres clés du personnel relevant des bureaux de pays et du siège, des conseillers et experts régionaux seront interrogés au cours de la phase initiale. Pendant la phase de terrain, des entretiens seront menés avec des experts et des personnes impliquées dans la gestion des interventions du programme

RACÉ. Des entretiens supplémentaires seront menés avec des décideurs et des acteurs dans les pays concernés ainsi qu'avec les bénéficiaires. Le cas échéant, l'équipe d'évaluation doit détailler les caractéristiques de chaque échantillon : la méthode de sélection, la justification de la sélection et les limites de l'échantillon pour l'interprétation des résultats de l'évaluation.

4.5 UNE MATRICE D'EVALUATION BIEN STRUCTUREE POUR ASSURER LA VALIDITE DES RESULTATS DE L'EVALUATION

Pour s'assurer que la collecte et l'enregistrement des données et des informations se font de façon systématique, les évaluateurs sont tenus d'élaborer une matrice d'évaluation¹ au cours de la phase initiale ; celle-ci sera annexée à la version préliminaire de rapport de la phase initiale. Cette matrice aidera les évaluateurs à consolider de manière structurée toutes les informations collectées correspondantes à chaque question d'évaluation et à identifier les lacunes dans les données et à collecter les informations en suspens avant la fin de la phase du terrain.

La matrice d'évaluation sera utilisée à toutes les étapes du processus d'évaluation et exigera donc une attention particulière de la part des évaluateurs (voir Annexe 2). La matrice sera annexée au rapport final d'évaluation.

5. PROCESSUS D'EVALUATION

Tableau 2 : Aperçu des phases d'évaluation, étapes méthodologiques et produits associés.

Phase d'évaluation	Etapes méthodologiques	Produit
1. Préparation	<ul style="list-style-type: none"> Rédaction des TdR Mise en place d'un groupe de gestion de l'évaluation (EMG en abréviation anglaise) et d'un groupe de référence de l'évaluation (ERG en abréviation anglaise) 	TdR finaux
2. Début (phase initiale)	<ul style="list-style-type: none"> Structuration de l'évaluation (questions d'évaluation, matrice d'évaluation et méthodologie) <u>Revue initiale par des pairs</u> de la méthodologie d'évaluation de l'ICF et des ensembles de données <u>Mission exploratoire dans l'un des pays</u> 	Rapport de la phase initiale (version préliminaire et finale)
3. Collecte de données	<p><u>Revue documentaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents ; analyse d'autres données secondaires, formulation des hypothèses (réponses préliminaires aux questions d'évaluation) 	Aucun produit officiel
	<p><u>Étude de terrain</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Collecte de données et d'informations secondaires et primaires dans le pays ; Collecte d'autres données (enquêtes, etc.) ; vérification des hypothèses / réponse préliminaire aux questions d'évaluation) 	Notes des études de cas de pays (publiées) (Documentation des autres données collectées (p. ex., enquête))

¹ Annexe 2 : Modèle de matrice d'évaluation

Phase d'évaluation	Etapes méthodologiques	Produit
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Poursuite de la revue des ensembles de données des évaluations conduites par l'ICF.</i> 	
4. Établissement du rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des données • Formulation des résultats de l'évaluation (réponses aux questions de l'évaluation, conclusions transversales) • Développement des recommandations 	Rapport Final (version préliminaire et finale)
5. Réponse des commanditaires	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse aux recommandations 	Réponse des commanditaires (OMS, GAC)
6. Dissémination	<ul style="list-style-type: none"> • Séminaire(s) de dissémination 	Résumé exécutif (versions en Français, et en Anglais) Résumé d'évaluation (Anglais, et Français) Présentation PowerPoint des résultats de l'évaluation

Note : La composition, les rôles et les responsabilités de l'EMG sont indiqués dans la section 6.3 et ceux de l'ERG dans la section 6.4 ci-dessous.

5.1 PHASE PREPARATOIRE

Le responsable de l'évaluation au Bureau OMS de l'évaluation dirige les travaux préparatoires. Cette phase comprend :

- La constitution d'un EMG¹ et la nomination d'un président de l'EMG² ;
- La compilation et la revue initiale de la documentation disponible sur le programme RAcE et sa mise en œuvre dans les pays participants au programme et aux niveaux régional et mondial ;
- La rédaction, la revue, et l'approbation des TdR par l'EMG ;
- La constitution d'un ERG. L'ERG sera composé de représentants de chacune des cinq organisations de mise en œuvre qui participent au programme RAcE, ainsi que d'autres membres du groupe de pilotage international et du coordinateur général du RAcE à l'OMS. Le GAC sera représenté en tant que bailleur du programme RAcE.
- La sélection et le recrutement de l'équipe d'évaluation externe.

5.2 PHASE INITIALE

L'équipe d'évaluation élaborera la conception de l'évaluation en consultation avec l'EMG. Cette phase comprend :

¹ L'EMG comprendra un représentant du Bureau OMS de l'évaluation (président), un représentant de la Division d'Évaluation de l'Assistance Internationale du GAC et un représentant de l'UNEG.

² Voir la section 6 pour plus d'informations sur le rôle de l'EMG et du chargé d'évaluation.

- Mission initiale à Genève pour s'engager avec les membres de l'EMG, y compris un représentant de la Division d'Évaluation du GAC ainsi que l'ERG (téléconférence) et les membres clés du programme GMP au siège de l'OMS.
- La compilation et la revue de tous les documents pertinents disponibles au siège de l'OMS, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays et au niveau de chacune des cinq organisations chargées de la mise en œuvre.
- Une cartographie des parties prenantes, préparée par l'équipe d'évaluation (en complément d'une cartographie préliminaire préparée par le Bureau OMS de l'évaluation en collaboration avec l'équipe RAcE/GMP de l'OMS). La cartographie des parties prenantes sera utilisée pour faciliter et illustrer l'ensemble des différentes parties prenantes pertinentes pour l'évaluation et leurs relations les unes avec les autres.
- La révision et la mise à jour, si nécessaire, de la logique d'intervention du programme RAcE, c'est-à-dire la théorie du changement destinée à mener des activités prévues conduisant aux résultats attendus du programme.
- L'élaboration d'une liste de questions d'évaluation portant sur les principaux sujets/questions identifiés dans la section 3 ci-dessus, et l'identification des hypothèses à évaluer et des indicateurs, sources d'information et méthodes et outils liés à la collecte de données.
- Développement de la matrice d'évaluation.
- Élaboration d'une stratégie de collecte et d'analyse des données ainsi que d'un plan de travail concret pour les phases de terrain et de rapportage.
- Revue préliminaire par des pairs des ensembles de données de l'ICF.
- Entretiens préliminaires avec des membres clés de l'ERG pour développer l'approche des études de cas de pays.
- La conception des études de cas de pays, y compris les questions d'études de cas, les propositions théoriques à tester et les unités d'analyse et les stratégies de collecte de données.
- Une mission exploratoire (5 jours ouvrables) par le chef de l'équipe d'évaluation avec 2 membres de l'EMG (y compris un représentant de la Division d'Évaluation du GAC) dans l'un des pays. L'objectif principal de cette mission pilote sera de tester les caractéristiques essentielles de la méthodologie d'évaluation, telles que les questions d'évaluation et les hypothèses à évaluer, d'évaluer la disponibilité des données et de la documentation du projet, ainsi que de tester et d'affiner les outils de collecte de données.
- Après la mission exploratoire, l'équipe d'évaluation produira un rapport préliminaire de la phase initiale, présentant les résultats des étapes et des tâches susmentionnées. Sur la base des observations reçues, l'équipe d'évaluation devrait apporter les modifications appropriées et soumettre un rapport de la phase initiale révisé à l'EMG. Pour tous les commentaires, l'équipe d'évaluation indiquera par écrit comment elle a répondu ("suivi des commentaires"). Ensuite, l'équipe d'évaluation présentera le rapport à l'EMG et à l'ERG par le biais d'une téléconférence. Le rapport de la phase initiale sera considéré comme définitif une fois approuvé par l'EMG.

5.3 PHASE DE COLLECTE DE DONNEES

La phase de collecte des données comporte trois composantes méthodologiques distinctes : (a) une étude documentaire que les évaluateurs utiliseront pour examiner les données et informations secondaires disponibles au siège, ainsi qu'aux niveaux régionaux et nationaux pour chacune des organisations chargées de la mise en œuvre du RAcE ; (b) une étude de terrain qui permettra aux évaluateurs de collecter des données supplémentaires dans le pays ; (c) une revue par des pairs et une validation de l'évaluation de la contribution du programme RAcE à l'impact estimé conduite par l'IFC International.

5.3.1 REVUE DOCUMENTAIRE

La revue documentaire servira à analyser toute la documentation, les données et les informations existantes et disponibles sur le programme RAcE qui ont été compilées au cours de la phase initiale de l'évaluation. Les évaluateurs travailleront avec les membres de l'ERG pour demander des informations, de la documentation et des données aux équipes nationales du programme RAcE et au Secrétariat de l'OMS.

Dans la mesure du possible, l'étude de documents devrait produire des informations sur toutes les questions d'évaluation et les indicateurs associés identifiés au cours de la phase initiale. Sur la base des informations disponibles, les évaluateurs devraient conduire, pour chacune des questions d'évaluation, une analyse préliminaire des hypothèses qu'ils ont établies ; ces analyses devraient servir de base pour les réponses préliminaires aux questions d'évaluation.

Les évaluateurs doivent également utiliser la revue documentaire comme partie préliminaire et préparatoire de la collecte et de l'analyse des données pour les études de cas de pays, conformément à la conception de l'étude de cas élaborée au cours de la phase initiale de l'évaluation. Il s'agit de s'assurer que le temps passé par les évaluateurs dans le pays peut être utilisé avec le maximum d'efficacité et d'efficience pour approfondir l'enquête dans le cadre des études de cas. A cette fin, les évaluateurs devraient également utiliser la fin de la revue documentaire comme une opportunité pour affiner leurs demandes de renseignements pendant les études de cas sur le terrain.

Les résultats de la revue documentaire seront compilés et documentés dans la matrice d'évaluation (qui servira d'outil de travail interne à l'équipe d'évaluation). Pour chaque question d'évaluation, ainsi que pour les "hypothèses de vérification" associées et les indicateurs correspondants, les évaluateurs doivent présenter les éléments de preuve qu'ils ont analysés au cours de l'étude documentaire. Dans la mesure du possible, les évaluateurs doivent formuler des constatations préliminaires au niveau des "hypothèses de vérification". Les résultats sont attendus à chaque niveau : mondial, national et sous-national.

5.3.2 ÉTUDE SUR LE TERRAIN

L'étude sur le terrain sera l'occasion de réaliser des études de cas de pays approfondies et de collecter d'autres informations dans les cinq pays.

Chaque visite des pays durera environ deux semaines. A la fin de chaque mission, l'équipe d'évaluation fournira aux parties prenantes de l'évaluation dans le pays un débriefing sur les données préliminaires de l'étude de cas de pays.

Pour chaque visite dans le cadre de l'étude de cas de pays, l'équipe d'évaluation préparera un résumé d'étude de cas de pays présentant les résultats par question d'évaluation, conformément à la matrice d'évaluation. Les résumés d'étude de cas de pays suivront la structure décrite dans l'annexe A1.2 des TdR et seront annexées au rapport d'évaluation.

Les membres de l'EMG pourront éventuellement accompagner certaines missions sur le terrain en qualité d'observateurs.

5.4 PHASE DE RAPPORTAGE

La phase de rapportage débutera par une analyse interne par l'équipe d'évaluation des résultats de la phase de collecte des données, y compris les résultats de l'étude de cas de pays. Le but de cette analyse est de produire une comparaison substantielle et significative entre les différentes études de cas. L'objectif est d'aider les différents membres de l'équipe à approfondir leur analyse avec une stratégie pour identifier les résultats de l'évaluation, les principales conclusions et les recommandations associées. Cette analyse préliminaire sera suivie d'une téléconférence avec l'EMG et l'ERG pour présenter et discuter les résultats préliminaires de l'évaluation. L'équipe d'évaluation procèdera ensuite à la rédaction du rapport.

Une version préliminaire du rapport final sera soumise à l'EMG pour commentaires. Avant la soumission, le Consultant doit s'assurer que le rapport a fait l'objet d'une assurance de qualité à l'interne. L'EMG contrôlera la qualité du rapport préliminaire soumis. Si la qualité du rapport préliminaire est satisfaisante (en termes de forme et fond), le rapport sera distribué aux membres de l'ERG pour commentaires. Si la qualité n'est pas satisfaisante, les évaluateurs devront produire une nouvelle version préliminaire du rapport final.

Environ deux semaines après la diffusion de la version préliminaire du rapport final et une fois que les commentaires ont été communiqués à l'équipe d'évaluation, les constatations, conclusions et recommandations provisoires seront présentées par l'équipe d'évaluation au cours d'un atelier avec l'EMG et l'ERG pour discuter des principales recommandations de l'évaluation.

Sur la base des commentaires exprimés, l'équipe d'évaluation devra apporter les modifications appropriées et soumettre le rapport final. Pour tous les commentaires, l'équipe d'évaluation indiquera par écrit comment elle a répondu ("suivi des commentaires"). Le rapport final doit clairement rendre compte de la solidité des éléments probants sur lesquels se fondent les constatations afin d'étayer la fiabilité et la validité de l'évaluation. Le rapport doit refléter une approche rigoureuse, méthodique et réfléchie. Les conclusions et les recommandations doivent être fondées sur les résultats de l'évaluation. Les conclusions doivent faire clairement référence aux questions d'évaluation spécifiques dont elles découlent ; les recommandations doivent faire référence aux conclusions auxquelles elles répondent.

Le rapport est considéré comme définitif une fois qu'il a été officiellement approuvé par l'EMG. Le rapport final suivra la structure décrite dans l'annexe A1.3.

5.5 REPONSE DES COMMANDITAIRES

Le GMP coordonnera et supervisera la préparation de la réponse des commanditaires au rapport d'évaluation. Les membres de l'ERG à leur tour, seront chargés de présenter les résultats de l'évaluation aux parties prenantes appropriées dans leurs agences respectives. Le GMP compilera les réponses de gestion des différents organismes en une seule réponse des commanditaires à l'équipe d'évaluation.

L'EMG déterminera les modalités de présentation des résultats de l'évaluation aux organes de gouvernance de l'OMS ainsi qu'au GAC ; le GMP fera de même pour la réponse des commanditaires.

5.6 DISSEMINATION

Le rapport d'évaluation (en anglais) et le résumé d'évaluation (en anglais et en français) seront publiés sur le site web d'évaluation de l'OMS.

L'équipe d'évaluation est chargée de rédiger le "Résumé d'évaluation" qui consiste en une brève note documentant le processus d'évaluation et présentant les principaux résultats. Le résumé d'évaluation est fondé sur le rapport final et est différent et distinct des résumés d'étude de cas de pays élaborées pour les études de cas. Le résumé d'évaluation doit être fourni en deux langues : anglais et français. La traduction professionnelle en français ainsi que la révision de la version française du résumé relèvent de la responsabilité de l'équipe d'évaluation.

L'équipe d'évaluation sera tenue d'aider le responsable de l'évaluation du Bureau OMS de l'évaluation pendant la phase de dissémination. Les résultats, conclusions et recommandations de l'évaluation seront largement partagés avec les parties prenantes internes et externes. Le rapport et la réponse des commanditaires seront disponibles sur le site web du Bureau OMS de l'évaluation immédiatement après leur finalisation. Le chef de l'équipe d'évaluation présentera notamment les résultats de l'évaluation lors des rencontres suivantes :

- Une séance d'information pour des missions des États membres de l'OMS à Genève au cours de laquelle le chef d'équipe est censé présenter les résultats de l'évaluation.
- Une réunion d'information informelle (vidéoconférence) pour les parties prenantes internes de l'OMS, le Groupe de pilotage international du programme RACE et les membres de l'EMG et de l'ERG.

Entre autres, le Bureau OMS de l'évaluation présentera un résumé des résultats de l'évaluation dans son rapport annuel au Conseil Exécutif et les communiquera à toutes les parties prenantes de l'OMS à travers son bulletin "*Evaluation Matters*" ("L'évaluation est importante"). Elle organisera également un webinaire avec le réseau mondial sur l'évaluation¹ pour discuter des résultats de l'évaluation.

6. ROLES ET RESPONSABILITES

L'évaluation est gérée conjointement par un groupe de gestion de l'évaluation (EMG) inter-institutions composé de représentants du Bureau/Division OMS de l'évaluation, d'un membre de l'UNEG sur l'évaluation (du Bureau UNICEF de l'évaluation) et du GAC. Les rôles et responsabilités du l'EMG sont décrits dans la section 6.3.

Le Bureau OMS de l'évaluation jouera le rôle d'interlocuteur principal avec le Consultant, représenté par le chef d'équipe, et, avec l'appui du l'EMG, facilitera les interactions avec d'autres homologues afin d'assurer un processus harmonieux de mise en œuvre.

6.1 LE CONSULTANT

Le Consultant doit

- Effectuer l'évaluation conformément aux Normes et Standards d'Évaluation de l'UNEG, aux critères d'évaluation de la qualité tels que définis dans l'Annexe 3 et aux bonnes pratiques en matière d'évaluation ;
- Respecter les Directives Éthiques et le Code de Conduite de l'UNEG et tout autre code éthique pertinent ;
- Suivre les directives sur l'intégration des principes de l'égalité des sexes et des droits de l'homme dans l'orientation et le processus d'évaluation tels qu'établis dans le Manuel de l'UNEG *Intégrer les droits de l'homme et l'égalité des sexes dans l'évaluation - Vers des directives de l'UNEG* (UNEG

¹ Ce réseau comprend des collègues de l'OMS des divisions au niveau du siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays impliqués dans les questions liées à l'évaluation.

Handbook, Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluation - Towards UNEG Guidance).

Note: voir section 8 sur l'Assurance de la Qualité

Le Consultant aura également la responsabilité globale de :

- Consacrer des ressources spécifiques aux efforts d'assurance de la qualité ;
- Veiller à ce que tous les produits soient conformes aux Normes et Standards d'Évaluation dans le système des Nations Unies de l'UNEG ;
- Effectuer un contrôle de qualité de tous les produits avant de leur soumission à l'OMS (voir Annexe 3) ;
- Rapporter régulièrement à l'OMS sur les progrès accomplis ;
- Préparer des TdR pour le recrutement de(s) consultant(e/s) local(aux/es) ;
- Constituer une équipe avec les compétences requises, sous réserve de l'approbation de l'OMS ;
- Assumer des responsabilités - y compris, mais sans s'y limiter, la section 6.1 des présents TdR - afin d'assurer la pleine conformité avec les TdR et les produits de la RFP 2017/DG0/EVL/01.

La consultation des parties prenantes est fondamentale pour les évaluations de l'OMS des interventions de développement, de sorte que le Consultant doit s'assurer que les parties prenantes soient consultées tout au long du processus d'évaluation. Note : Le Consultant ne doit cependant pas partager les versions préliminaires des produits avec les parties prenantes sans l'approbation de l'OMS. Une telle approbation est nécessaire pour garantir une assurance qualité solide tout au long du processus d'évaluation.

6.2 OMS

Le Bureau OMS de l'évaluation présidera et assurera la fonction de secrétariat pour l'EGM et dirigera ainsi la gestion du processus. Le Bureau OMS de l'évaluation sera aidé dans la gestion de l'évaluation par les membres de l'EMG. Le Bureau OMS d'évaluation désignera un responsable de l'évaluation pour la gestion quotidienne du processus d'évaluation.

Le Bureau OMS de l'évaluation sera responsable pour les points suivants :

- Diriger le recrutement d'un Consultant (Entreprise) selon les procédures établies.
- Examiner les propositions des consultants conjointement avec les autres membres l'EMG ;
- Gérer le contrat du Consultant ;
- Servir de point focal principal pour le Consultant ;
- Fournir des directives au Consultant tout au long des phases de l'exécution et approuver officiellement tous les produits.
- Assurer le contrôle de qualité de tous les produits avec les membres de l'EMG et en consultation avec l'ERG ;
- Partager les produits approuvés avec l'EMG et l'ERG, avec les principales parties prenantes et avec d'autres parties qui peuvent bénéficier de l'évaluation ;
- Recueillir les commentaires des membres de l'EMG et de l'ERG sur les produits.
- Évaluer la performance globale du Consultant pour le présent mandat, en consultation avec les membres de l'EMG ;

- Assumer des responsabilités - y compris, mais sans s'y limiter, la section 6.2 des présents TdR - afin d'assurer la pleine conformité avec les TdR et produits de RFP 2017/DG0/EVL/01.

6.3 GROUPE DE GESTION DE L'ÉVALUATION

Comme l'évaluation sera gérée conjointement par le Bureau OMS de l'évaluation et la Division d'Évaluation de l'Assistance Internationale du GAC, un EMG conjoint a été établi comme principal organe décisionnel pour l'évaluation. Ce groupe comprendra également un expert en évaluation de haut niveau de l'UNEG (du Bureau UNICEF de l'évaluation). Les responsabilités principales sont d'appuyer et de superviser la gestion de l'évaluation et d'agir en tant que liaison pour l'évaluation avec les unités techniques appropriées au sein de leur propre organisation. En utilisant une approche pragmatique qui fonctionne dans les limites du budget et du temps, l'EMG gèrera l'ensemble du processus d'évaluation, depuis la sélection du Consultant (Entreprise) pour l'évaluation, jusqu'à la dissémination et le suivi du rapport d'évaluation final. L'OMS dirigera la gestion du processus, mais toutes les décisions importantes seront prises conjointement par l'EMG sur la base des contributions des organisations chargées de la mise en œuvre. L'EMG est chargé d'assurer la qualité et l'indépendance de l'évaluation et de garantir son alignement sur les Normes et Standards et Directives Étiques de l'UNEG.

Les principaux rôles et responsabilités de l'EMG sont :

- Diriger le recrutement de l'équipe de consultants externes avec l'aide de l'ERG, examiner les propositions et approuver la sélection de l'équipe d'évaluation.
- Superviser et guider l'équipe d'évaluation à chaque étape du processus d'évaluation et faciliter l'accès à la documentation et aux personnes jugées importantes pour le processus d'évaluation.
- Examiner, commenter et approuver le rapport de la phase initiale, y compris le plan de travail, le cadre analytique, la méthodologie, la conception et la dissémination de l'enquête ;
- Agir en personne-ressource pour l'évaluation et coordonner le feedback des cinq organisations de mise en œuvre ainsi que du Canada au niveau du siège, des régions et du terrain, en particulier pour faciliter l'accès à l'information et à la documentation ;
- Examiner les résumés d'étude de cas de pays (annexés au rapport) et les versions préliminaires et finales du rapport d'évaluation, et fournir un feedback important pour l'assurance de la qualité ;
- Approuver le rapport d'évaluation final après avoir reçu des commentaires (vérifications factuelles) de la part de l'ERG ;
- Contribuer à l'apprentissage, au partage des connaissances, à la dissémination des résultats de l'évaluation et au suivi de la réponse de la direction ;
- Assurer la liaison avec l'ERG et convoquer des réunions de revue avec l'équipe d'évaluation.
- Identifier et assurer la participation des parties prenantes concernées en coordination avec l'ERG tout au long du processus d'évaluation ;
- Concevoir un plan de dissémination des résultats de l'évaluation en consultation avec l'ERG ;
- Assumer des responsabilités - y compris, sans s'y limiter, la section 6.3 des présents TdR - afin d'assurer la pleine conformité avec les TdR et les produits de la RFP 2017/DG0/EVL/01.

6.4 GROUPE DE REFERENCE DE L'ÉVALUATION

Un groupe de référence de l'évaluation (ERG) a été créé pour appuyer l'évaluation à des moments clés et assurer une large participation dans la conceptualisation de l'exercice, l'accès à l'information, la haute

qualité technique des produits d'évaluation ainsi que l'apprentissage et la création de connaissances. L'ERG sera consulté par l'EMG sur les aspects clés du processus d'évaluation. Un cadre supérieur de chacune des cinq organisations chargées de la mise en œuvre est représenté au sein de l'ERG et apportera des contributions techniques de fond au cours du processus d'évaluation ainsi qu'un feedback sur la version préliminaire du rapport d'évaluation.

Les principaux rôles et responsabilités de l'ERG sont :

- Contribuer à la conceptualisation, à la préparation et à la conception de l'évaluation, et fournir un feedback et des commentaires sur le rapport de la phase initiale ;
- Fournir des commentaires, vérifier les faits et assurer la qualité - d'un point de vue technique - des résumés d'étude de cas de pays ainsi que des versions préliminaires et finales du rapport d'évaluation ;
- Agir en personne-ressource pour l'évaluation et, en particulier, faciliter l'accès à l'information et à la documentation ;
- Aider à identifier les parties prenantes externes à consulter au cours du processus d'évaluation ;
- Participer aux réunions de revue de l'EMG et avec l'équipe d'évaluation, en fonction des besoins ;
- Assumer des responsabilités - y compris, sans s'y limiter, la section 6.4 des présents TdR - afin d'assurer la pleine conformité avec les TdR et les produits de la RFP 2017/DG0/EVL/01.

Un dernier rôle important des membres de l'ERG sera également de faciliter l'apprentissage et le partage des connaissances sur la base des résultats de l'évaluation. Chaque membre de l'ERG sera chargé de contribuer à la dissémination des résultats de l'évaluation et du suivi de la mise en œuvre de la réponse des commanditaires.

Avec l'appui et les directives de l'OMS, les organisations de mise en œuvre de chaque pays serviront de points focaux pour l'évaluation et seront chargées d'identifier les parties prenantes pertinentes du gouvernement aux niveaux national et sous-national ainsi que les bailleurs de fonds des partenaires. Une large représentation des parties concernées devra être recherchée. Ils participeront au briefing et au débriefing qui seront organisés au début et à la fin de chaque mission.