



CAPITAL SANTE DCI :

**RENFORCER DURABLEMENT LE CAPITAL
SANTÉ DES ENFANTS**

Termes de Références :

Recrutement d'un(e) consultant(e) pour l'évaluation finale du projet

Juin 2026



I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La santé des enfants demeure un enjeu majeur de développement au Sénégal en général et dans la région de Kolda en particulier, caractérisée par une forte vulnérabilité sanitaire, socio-économique et géographique. Malgré les progrès enregistrés ces dernières années au niveau national en matière de santé maternelle et infantile, les indicateurs de santé dans la région restent préoccupants. Selon les données du RGPH-5, le quotient de mortalité infanto-juvénile y est estimé à 101,5 décès pour 1 000 naissances vivantes, contre 66,7 décès pour 1 000 naissances vivantes au niveau national. La mortalité maternelle demeure également élevée avec 353 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, comparativement à une moyenne nationale de 236 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ces défis sont aggravés par la faiblesse de l'offre de soins dans certaines zones rurales, les difficultés d'accès géographique aux services de santé, la pauvreté des ménages et la persistance de comportements et pratiques limitant le recours précoce aux soins.

C'est dans ce contexte qu'Amref Health Africa, avec l'appui financier de la Direction de la Coopération Internationale de la Principauté de Monaco, a mis en œuvre le projet Capital Santé II dans le département de Kolda. Le projet vise à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et des enfants d'âge scolaire (6-14 ans) à travers le renforcement de la décentralisation des services de santé. Son approche repose sur un modèle intégré École–Communauté–Santé visant à renforcer les synergies entre les structures sanitaires, les établissements scolaires, les communautés et les services sociaux afin d'améliorer durablement le capital santé des enfants.

Mis en œuvre sur une période de 30 mois, le projet a développé un ensemble d'interventions combinant consultations médico-sociales en milieu scolaire, stratégies avancées communautaires, activités de promotion de la santé, renforcement des capacités des acteurs scolaires, sanitaires et communautaires, référencement et prise en charge médico-sociale et chirurgicale des enfants, ainsi que des actions visant à améliorer les conditions d'hygiène, de nutrition et de protection sociale.

Les résultats observés confirment la pertinence de cette approche intégrée. Des milliers d'enfants (**3920 enfants en fin mars 2026**) ont bénéficié de consultations médico-sociales et d'activités de prévention. Aussi, 40 enseignants et 40 acteurs communautaires ont été formés à la promotion des bonnes pratiques de santé, et des prestataires (**40**) ont renforcé leurs capacités de diagnostic, de référence et de prise en charge des pathologies infantiles.

Cette phase 2 s'inscrit dans la continuité du programme Capital Santé mis en œuvre dans la région de Kolda depuis 2016. Les différentes phases du programme ont permis de démontrer la pertinence d'une approche multisectorielle fondée sur la complémentarité entre l'école, la communauté et les services de santé pour améliorer l'accès aux soins et promouvoir des comportements favorables à la santé des enfants.



À l'approche de la clôture du projet, il apparaît nécessaire de conduire une évaluation finale indépendante afin d'apprécier les résultats atteints, les effets générés auprès des bénéficiaires et des institutions locales impliquées, ainsi que la contribution du projet au renforcement du capital santé des enfants. Cette évaluation permettra également d'apprécier la performance du projet au regard des critères de l'OCDE/CAD, notamment la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité des interventions mises en œuvre.

L'évaluation devra également identifier les facteurs de succès, les contraintes rencontrées, les enseignements stratégiques et opérationnels issus de la mise en œuvre du projet, ainsi que les conditions nécessaires à la pérennisation et à la mise à l'échelle du modèle intégré École–Communauté–Santé dans d'autres contextes du Sénégal.

II. RESUME DU PROJET

Le projet **Capital Santé**, financé par la Direction de la Coopération Internationale de la Principauté de Monaco et mis en œuvre par Amref Health Africa dans le département de Kolda, a pour objectif de renforcer durablement le capital santé des enfants à travers un modèle intégré **École–Communauté–Santé**. Le projet cible 20 écoles primaires, les structures sanitaires de référence et les communautés environnantes, en combinant consultations médico-sociales scolaires, stratégies avancées communautaires, promotion de la santé, amélioration des pratiques d'hygiène et de nutrition, ainsi que renforcement des capacités des acteurs éducatifs, sanitaires et communautaires. Sa mise en œuvre repose sur une approche multisectorielle impliquant les services de l'éducation, de la santé, de l'hygiène, de l'action sociale et les communautés locales afin d'améliorer l'accès aux services de santé et les comportements favorables à la santé des enfants.

- **Objectif général**

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et d'âge scolaire (6-14 ans), en renforçant la décentralisation des services de santé au Sénégal.

- **Objectifs spécifiques**

OS1 : Appuyer les acteurs. trices scolaires, communautaires et sanitaires pour garantir aux filles et garçons d'âge scolaire (6-14 ans) des écoles ciblées un accès renforcé aux services de santé promotionnels et préventifs, ainsi qu'à l'information sur les pratiques de santé, d'hygiène et de nutrition recommandées.

OS2 : Appuyer les acteurs communautaires de santé à assurer aux Femmes en Âge de Reproduction (FAR) du District de Kolda, un renforcement des compétences sur les pratiques favorables à leur propre santé et celle de leurs enfants.



OS3 : Appuyer les prestataires de santé et les travailleurs sociaux pour assurer la prise en charge médico-sociale et chirurgicale des enfants référés en améliorant la qualité et la disponibilité des services de santé ainsi que l'accès au service de l'état civil ;

- **Résultats attendus du projet**

Résultat attendu 1 (OS1) : Au moins 80% des élèves provenant des 20 écoles primaires ciblées bénéficient d'une part, d'un renforcement de leurs connaissances sur les pratiques favorables à leur santé, et d'autre part, d'un accès aux services de santé promotionnels et préventifs dans leur école.

Résultat attendu 2 (OS2) : Au moins 10% des Femmes en Âge de Reproduction (FAR) du District de Kolda, qui sont rattachées aux structures de santé ciblées, ont amélioré leurs connaissances sur la santé des enfants et fréquentent les structures de santé quand nécessaire.

Résultat attendu 3 (OS3) : Au moins 80% des filles et des garçons référés lors des consultations menées au niveau décentralisé bénéficient d'une prise en charge médico-chirurgicale adaptée à leurs besoins et de qualité.

III. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Objectif général :

Évaluer la performance, les résultats et les effets du projet Capital Santé DCI selon les critères de l'OCDE/CAD (voir section IV), afin d'apprécier sa contribution au renforcement du capital santé des enfants et de documenter les conditions de pérennisation et de mise à l'échelle/réplication du modèle intégré École–Communauté–Santé.

Objectifs spécifiques :

L'évaluation devra :

- **Apprécier** la pertinence et la cohérence de l'approche intégrée École–Communauté–Santé au regard des besoins des bénéficiaires ainsi que des politiques et stratégies nationales des secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection social.
- **Mesurer** le niveau d'atteinte des objectifs et résultats du projet Capital Santé DCI.
- **Apprécier** la contribution du projet au renforcement des capacités des acteurs scolaires, communautaires et sanitaires.
- **Apprécier** les coûts, la valeur ajoutée et la soutenabilité des principales interventions du projet en vue de leur pérennisation.
- **Analyser** la contribution du projet à l'amélioration du capital santé des enfants à travers l'intégration des interventions scolaires, communautaires et sanitaires.

- **Analyser** les mécanismes de gouvernance, de coordination et de référencement intersectoriel mis en place dans le cadre du projet ainsi que leur niveau d'appropriation par les acteurs concernés.
- **Identifier** les facteurs de succès, les contraintes et les enseignements issus de la mise en œuvre du projet.
- **Apprécier** les conditions de pérennisation ainsi que les possibilités de réplication et de mise à l'échelle du modèle École–Communauté–Santé.

IV. Cadre d'évaluation et alignement avec OCDE-CAD

À partir des critères **OCDE/CAD permettant de** garantir la qualité, la crédibilité et l'utilité des résultats pour la redevabilité et l'apprentissage, et des priorités du projet, les questions porteront sur :

Pertinence – adéquation aux besoins.

Le critère évalue dans quelle mesure les objectifs du projet correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités globales et aux politiques des partenaires.

- Dans quelle mesure le projet répondait-il aux besoins prioritaires des enfants, des femmes en âge de reproduction et des communautés du département de Kolda ?
- Dans quelle mesure l'approche intégrée École–Communauté–Santé était-elle adaptée au contexte local et aux problématiques de santé des bénéficiaires ?
- Dans quelle mesure les interventions du projet étaient-elles cohérentes avec les politiques nationales ainsi qu'avec les actions des acteurs institutionnels et communautaires impliqués ?
- Quels besoins prioritaires non couverts ont été identifiés et devraient être pris en compte dans une éventuelle phase ultérieure du projet ?

Efficacité – atteinte des résultats.

Le critère d'efficacité apprécie le degré de réalisation des objectifs du projet ainsi que ses éventuels effets non attendus (positifs ou négatifs). L'analyse inclut une comparaison des résultats attendus et effectifs, ainsi qu'une analyse des écarts constatés.

- Dans quelle mesure les trois objectifs spécifiques et les résultats attendus du projet ont-ils été atteints ?
- Dans quelle mesure le projet a-t-il amélioré l'accès des enfants aux services de santé promotionnels, préventifs et curatifs ainsi qu'aux services de référencement ?



- Quels facteurs ont facilité ou limité l'atteinte des résultats du projet ?

Efficience – utilisation des ressources.

Le critère d'efficience mesure le lien entre les différentes activités, les ressources disponibles et les résultats escomptés. L'évaluation doit permettre d'apprécier si les ressources nécessaires ont bien été mises en place, en temps voulu et au moindre coût, et d'analyser les éventuels retards et dépassements.

- Dans quelle mesure les ressources humaines, matérielles et financières ont-elles été mobilisées et utilisées de manière optimale pour atteindre les résultats visés ?
- Les mécanismes de coordination et de partenariat mis en place ont-ils permis une mise en œuvre efficiente des interventions ?
- Dans quelle mesure l'approche intégrée École–Communauté–Santé présente-t-elle une valeur ajoutée par rapport à des interventions sectorielles menées séparément ?
- Les principales interventions du projet présentent-elles un niveau de coût compatible avec les résultats obtenus ?
- Quelles interventions offrent le meilleur équilibre entre les ressources mobilisées et les résultats observés ?

Impact / Effet – changements observés.

L'impact juge les retombées de l'action. Il s'agira d'analyser les effets immédiats sur les acteurs concernés, et notamment les bénéficiaires finaux.

- Quels changements significatifs le projet a-t-il générés auprès des enfants, des familles, des écoles, des structures sanitaires et des communautés bénéficiaires ?
- Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué au renforcement du capital santé des enfants et à l'adoption de comportements favorables à la santé ?
- Dans quelle mesure le projet a-t-il renforcé les connaissances, les compétences et les pratiques des acteurs scolaires, communautaires et sanitaires ?
- Dans quelle mesure ces capacités renforcées ont-elles été mises en application dans la mise en œuvre des interventions ?
- Quels effets inattendus, positifs/négatifs, peuvent être attribués à la mise en œuvre du projet ?
- Quels besoins prioritaires non couverts par l'intervention ont été identifiés et comment pourraient-ils être pris en compte dans une éventuelle phase ultérieure du projet ?

Durabilité – pérennisation des acquis.



Le critère de viabilité permet de déterminer si les résultats positifs du projet et le flux des avantages sont susceptibles de se poursuivre après la fin des financements externes. L'évaluation finale apprécie la viabilité institutionnelle, technique et financière du projet.

- Dans quelle mesure les acquis et résultats du projet sont-ils susceptibles d'être maintenus après la fin du financement de DCI ?
- Quel est le niveau d'appropriation des interventions par les acteurs institutionnels, sanitaires, scolaires et communautaires ?
- Les principales interventions du projet sont-elles financièrement et opérationnellement soutenables après la fin du financement ?
- Quelles sont les opportunités et les conditions nécessaires pour assurer la pérennisation et la mise à l'échelle du modèle intégré École–Communauté–Santé ?

Apprentissage et Capitalisation

- Quels sont les principaux facteurs de succès contribuant à l'atteinte des résultats du projet ?
- Quelles contraintes et quels défis ont influencé la mise en œuvre et les résultats du projet ?
- Quels enseignements stratégiques et opérationnels peuvent être tirés de l'expérience du projet pour renforcer, pérenniser et répliquer le modèle intégré École–Communauté–Santé ?

V. AXES D'ÉVALUATION

L'évaluation s'appuiera sur les critères OCDE-CAD et analysera successivement :

- (i) la pertinence/cohérence stratégique,
- (ii) l'efficacité des résultats,
- (iii) l'efficience des ressources,
- (iv) les effets et changements observés,
- (v) la durabilité des acquis,
- (vi) l'apprentissage et la capitalisation.

VI. MÉTHODOLOGIE

Le consultant doit proposer une méthodologie mixte combinant revue documentaire, collecte quantitative, collecte qualitative et triangulation des sources d'information. Cette approche permettra d'apprécier les résultats du projet selon les critères du CAD de l'OCDE, tout en documentant les

effets, les mécanismes de mise en œuvre, les facteurs de succès, les contraintes et les conditions de pérennisation du modèle intégré École–Communauté–Santé.

Approche méthodologique

- **Revue documentaire :** La revue portera sur les documents du projet, notamment le document de projet, le cadre logique, les rapports techniques, les rapports de suivi-évaluation, les bases de données de suivi, les rapports de consultations médico-sociales, les rapports de stratégies avancées, les outils de formation, les rapports de mission, ainsi que tout autre document pertinent produit par Amref et ses partenaires.
- **Collecte quantitative :**
 - Enquête auprès des communautés bénéficiaires afin d’apprécier leur niveau de connaissance, leurs pratiques en matière de santé, d’hygiène et de nutrition, leur recours aux services de santé et leur perception des changements induits par le projet ;
 - Enquête auprès des enseignants des écoles ciblées afin d’évaluer leur niveau d’appropriation des connaissances, leur rôle dans la promotion de la santé scolaire, la mise en œuvre des activités éducatives et le fonctionnement des clubs santé ;
 - Enquête auprès des acteurs communautaires de santé, prestataires et autorités locales/institutionnelles afin d’apprécier leur implication, leur niveau d’appropriation du dispositif, la coordination intersectorielle et les perspectives de durabilité ;
 - Exploitation des données quantitatives disponibles sur les consultations médico-sociales, les enfants référés, les enfants pris en charge, les stratégies avancées, les activités de sensibilisation, les formations réalisées et les indicateurs renseignés dans le cadre logique.
- **Collecte qualitative :**
 - Entretiens semi-directifs avec les acteurs institutionnels et techniques impliqués dans le projet : Amref, IEF, IME, District sanitaire, DRS, Service départemental de l’action sociale, Service d’hygiène, collectivités territoriales et autres partenaires pertinents ;
 - Entretiens avec les prestataires de santé, ICP, sages-femmes, agents communautaires de santé et enseignants impliqués dans la mise en œuvre des activités ;
 - Focus groups avec les communautés bénéficiaires, notamment les parents d’élèves, femmes en âge de reproduction, membres des CGE/APE/AME, leaders communautaires et autres acteurs locaux ;
 - Discussions avec les élèves, lorsque cela est pertinent et dans le respect des exigences éthiques relatives à la participation des enfants.



- **Triangulation des sources d'information avec la perception communautaire** (bénéficiaires, acteurs communautaires, écoles, structures sanitaires, autorités locales).

- **Analyse :**

La composante quantitative devra permettre une analyse descriptive et comparative des principaux indicateurs du projet, lorsque les données sont disponibles. Les analyses attendues incluent notamment l'analyse :

- du niveau d'atteinte des indicateurs du cadre logique ;
- de l'accès des enfants aux services de santé promotionnels, préventifs et curatifs ;
- du nombre d'enfants consultés, référés et pris en charge dans le cadre du projet ;
- des stratégies avancées communautaires réalisées et de leur contribution à l'accès aux services de santé ;
- du renforcement des connaissances des élèves, des enseignants, des femmes en âge de reproduction et des acteurs communautaires ;
- du fonctionnement des mécanismes de référencement entre les écoles, les communautés, les structures sanitaires et les services sociaux ;
- de la participation des acteurs institutionnels, sanitaires, scolaires et communautaires dans la mise en œuvre du projet ;

L'analyse qualitative devra permettre d'approfondir la compréhension des changements observés, des dynamiques institutionnelles, des mécanismes de coordination, de l'appropriation du projet par les acteurs et des conditions de durabilité. Elle devra notamment permettre :

- d'identifier les perceptions des bénéficiaires et des parties prenantes sur la pertinence et les effets du projet ;
- d'analyser les facteurs facilitant ou limitant la mise en œuvre des interventions ;
- d'apprécier le niveau d'appropriation du modèle École–Communauté–Santé par les acteurs locaux ;
- d'évaluer les mécanismes de coordination, de référencement et de prise en charge médico-sociale ;
- d'identifier les bonnes pratiques, les contraintes, les innovations et les enseignements utiles pour la pérennisation et la mise à l'échelle du modèle.

Le consultant devra préciser les méthodes d'analyse utilisées, les modalités d'échantillonnage, les outils de collecte proposés ainsi que les limites éventuelles liées à la méthode choisie. L'approche méthodologique retenue devra être clairement décrite, justifiée et alignée avec les questions évaluatives et les critères de l'OCDE (décrit ci-haut).

Couverture géographique de l'évaluation

La collecte de données primaires sera conduite dans le département de **Kolda**.

Le consultant proposera une stratégie adaptée permettant d'assurer une analyse représentative tout en tenant compte des contraintes opérationnelles et temporelles de la mission.



Population cible

- Bénéficiaires directs (enfants, FAR, parents).
- Acteurs scolaires (enseignants, CGE, APE, AME).
- Acteurs communautaires (ACS, leaders communautaires).
- Acteurs sanitaires et sociaux (ICP, sages-femmes, IME, SDAS, district).
- Acteurs institutionnels et partenaires (IEF, DRS, collectivités territoriales, Amref).

Dispositif d'échantillonnage

Le consultant devra proposer un dispositif d'échantillonnage rigoureux et justifié, permettant une représentation équilibrée des catégories d'acteurs du projet.

Le consultant devra justifier clairement :

- la taille des échantillons proposés ;
- la méthode de sélection des participants ;
- la représentativité du dispositif proposé.

VII. DÉROULEMENT DE LA MISSION

La mission comprendra notamment les étapes suivantes :

- Réunion de cadrage avec Amref Health Africa (Equipe M&E, Programmes) ;
- Revue documentaire approfondie ;
- Finalisation du protocole et des outils de collecte (questionnaires, formulaires digitales) ;
- Soumission et validations des outils de collecte par l'équipe de Amref
- Collecte des données sur le terrain ;
- Analyse et triangulation des données ;
- Élaboration du rapport provisoire ;
- Atelier ou réunion de restitution et validation ;
- Production du rapport final et le résumé synthétique du rapport de l'évaluation.

VIII. LIVRABLES ATTENDUS

- Rapport de démarrage (note méthodologique et outils validés) ;
- Base de données nettoyée et documentée ;
- Rapport provisoire d'évaluation finale ;
- Rapport final en français incluant annexes ;
- Présentation PowerPoint de restitution ;
- Production d'un résumé du rapport de l'évaluation finale selon un canevas de résumé partagé par Amref.
- Annexe transcription des entretiens



IX. DURÉE DE LA MISSION

La durée totale de la mission est estimée à **35 jours calendaires**, incluant la collecte de données, l'analyse, la restitution et la finalisation des livrables.

X. PROFIL DU CONSULTANT OU DU CABINET

Le consultant ou le chef de mission devra :

- **Être** titulaire d'un diplôme de niveau Bac+5 au minimum en santé publique, suivi-évaluation, statistiques, sciences sociales, économie du développement ou tout autre domaine pertinent.
- **Minimum de 8 années d'expérience** dans la conduite d'évaluations de projets.
- **Disposer** d'une expérience avérée dans l'évaluation de projets de santé, d'éducation, de développement communautaire ou de renforcement des systèmes de santé (fournir au moins 3 exemples d'évaluation similaires).
- **Maîtriser** les critères d'évaluation de l'OCDE ainsi que les méthodes quantitatives et qualitatives de collecte et d'analyse des données.
- **Posséder** d'excellentes capacités d'analyse, de synthèse et de rédaction en français.
- **Connaissance** du contexte socioculturel sénégalais particulièrement la région de Kolda.
- **Maîtrise** français et capacité à travailler avec interprètes locaux (mandingue, wolof, peul)

XI. MODALITÉS DE SOUMISSION ET DE SÉLECTION

Les consultants intéressés devront soumettre :

- Une offre technique détaillée format PDF ;
- Une offre financière distincte Format PDF et Excel ;
- Les CV des experts clés.

La sélection se fera sur la base de la qualité de la proposition technique (notée sur 100 points) et de la compétitivité financière de l'offre (notée sur 100), selon une grille de notation définie par Amref Health Africa (voir **Annexe**)

La proposition ayant obtenu le maximum de points sera retenue pour la réalisation de l'étude. Amref Health Africa signera un protocole d'accord avec le consultant ou le cabinet sélectionné.

XII. RESPONSABILITÉS D'AMREF HEALTH AFRICA

Amref Health Africa mettra à disposition du consultant l'ensemble des documents du projet, facilitera l'accès au terrain et aux parties prenantes, et assurera le suivi technique de la mission.

XIII- Soumission du fichier de soumission :

La soumission se fera uniquement par email au plus tard le vendredi 31 juillet 2026 à 10H00 min GMT sur l'adresse e-mail suivante : procurement.wa@amref.org

Objet de l'e-mail : "Évaluation Finale Projet Capital Santé DCI « - (Nom du consultant)".



L'offre technique et le CV des consultants seront envoyés en format PDF.

L'offre financière sera envoyée en format PDF et en format EXCEL.

ANNEXE I: Grille de notation – Évaluation Finale

Critère	Description détaillée	Barème
1. Compréhension des TDR et de l'approche Capital Santé DCI	Compréhension du contexte sanitaire et scolaire de Kolda, de l'approche intégrée École–Communauté–Santé, des enjeux liés au capital santé des enfants, au référencement et à la coordination intersectorielle	15 points
2. Pertinence de la méthodologie	Qualité de l'approche méthodologique, pertinence des outils de collecte, articulation entre méthodes quantitatives et qualitatives, prise en compte des critères du CAD de l'OCDE et stratégie de triangulation des données	25 points
3. Pertinence du dispositif d'échantillonnage	Qualité du plan d'échantillonnage couvrant les écoles, communautés, structures sanitaires, autorités éducatives, sanitaires et sociales, ainsi que les autres parties prenantes du projet	20 points
4. Plan de travail et calendrier	Réalisme du chronogramme, cohérence des différentes étapes de l'évaluation, respect des délais (45 jours) et faisabilité de la mission	10 points
5. Expertise du consultant / cabinet	Expérience en évaluation de projets de santé, santé communautaire, santé scolaire, développement communautaire, suivi-évaluation et approches multisectorielles	20 points
6. Connaissance du contexte d'intervention	Expérience de travail au Sénégal en général et à Kolda en particulier (Atout), connaissance des acteurs institutionnels, communautaires et des enjeux de santé publique en milieu rural	5 points
7. Qualité des livrables proposés	Pertinence de la structure des rapports, qualité du plan de restitution, mécanismes de validation et de partage des résultats	5 points

TOTAL : 100 points

Règle de sélection

- Le consultant/cabinet ayant obtenu **la meilleure note globale** sera retenu.
- Un score minimum de **70/100** est requis sur l'évaluation de la proposition technique pour être éligible pour la notation financière.