



ADRA Madagascar

Cherche :

**UN CABINET ou GROUPE DE CONSULTANT
POUR L'ÉVALUATION RAPIDE DES FORMATIONS SANITAIRES
du Projet FCI _INITIATIVE FOI ET COMMUNAUTÉ**

Les termes de référence sont disponibles auprès du bureau d'ADRA Madagascar ainsi que sur notre site web www.adra.mg/careers/jobs/

Les documents de soumission doivent impérativement contenir une **proposition technique** et une **proposition financière** pour la réalisation de la prestation.

Proposition technique :

La proposition technique ne doit comporter aucune information financière.

Les documents seront constitués par :

- Un organigramme du cabinet ;
- Un descriptif des expériences antérieures du cabinet
- Un descriptif de la méthodologie et du plan de travail proposés pour accomplir la mission ;
- Une liste des personnels clés accompagnée d'un Curriculum Vitae (C.V.) signé par les concernés.

Proposition financière :

La proposition financière comprendra une lettre de soumission signée ainsi qu'un état récapitulatif des coûts. Elle doit englober tous les frais liés à la prestation (personnel, logistique), y compris les frais de déplacement.

Notons que le montant facturé à ADRA ne devrait pas excéder le montant mentionné dans l'offre de prestation. Les propositions seront classées en fonction des notes techniques et financières combinées, et le comité de Direction procèdera au vote pour déterminer la meilleure offre.

Le cabinet sera sélectionné sur la base de la qualité de l'offre technique et du coût de l'offre financière, selon la grille de notation établie par le comité d'évaluation ADRA.

L'offre, en version électronique **uniquement**, doit être protégée par un mot de passe et doit être envoyée par email à l'adresse : recrutement@adra.mg avant le **Lundi 28 Septembre 2026 à 08h00**.

La mention « **Soumission pour l'évaluation rapide des formations sanitaires du projet FCI** » sera précisée dans l'objet de l'email, et le mot de passe devra être envoyé au même moment à l'adresse rapport@adra.mg uniquement, en précisant le nom du cabinet soumissionnaire dans l'objet de l'email.

Date limite de soumission : Lundi 28 Septembre 2026 à 08h00mn

ADRA MADAGASCAR
INITIATIVE FOI ET COMMUNAUTÉ (FCI)
TERMES DE RÉFÉRENCE (TDR)

Évaluation rapide des formations sanitaires

Disponibilité des services, analyse des écarts, WASH, FBO et cartographie communautaire

Résumé exécutif

Les réductions récentes des financements des bailleurs externes ont entraîné des perturbations importantes des services de santé essentiels dans de nombreuses formations sanitaires à Madagascar. ADRA lance une **évaluation rapide compressée sur 2 semaines** des formations sanitaires afin d'identifier les sites affectés, documenter les interruptions de services, évaluer la disponibilité opérationnelle (y compris WASH) et déterminer quelles structures peuvent reprendre les services prioritaires avec des investissements minimaux et ciblés.

L'évaluation porte sur le VIH/PTME, la tuberculose (TB), le paludisme, la nutrition, la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), la santé communautaire, les services de laboratoire, le WASH dans les formations sanitaires, le statut et l'engagement des structures confessionnelles (FBO), ainsi que l'origine des commodités (lien avec la chaîne d'approvisionnement centrale du MSP). Elle produira une liste priorisée de formations sanitaires accompagnée de recommandations pratiques de réactivation. La couverture géographique reste flexible afin de répondre aux besoins les plus urgents.

Régions cibles prioritaires : Boeny, Sava, Atsimo Atsinanana et Atsimo Andrefana.

1. Contexte

Le système de santé malgache continue de faire face à des contraintes de financement, des limitations d'infrastructures et des défis géographiques. Les déficits récents de financements des bailleurs ont entraîné des ruptures de stock de médicaments, une réduction des activités de proximité, des pénuries de personnel dans les sites appuyés et la suspension de services clés. Cette évaluation rapide fournira des informations opportunes et actionnables pour restaurer rapidement les services essentiels et prévenir d'autres impacts sanitaires sur les populations vulnérables.

Bien que le WASH ne soit pas un composant explicite du projet FCI, l'évaluation du WASH dans les formations sanitaires est jugée pertinente et sera incluse. Une coordination avec d'autres acteurs pourra être explorée pour combler les écarts identifiés. L'Initiative Foi et Communauté (FCI) d'ADRA Madagascar s'inscrit dans ce contexte pour appuyer le Ministère de la Santé Publique (MSP) et les Équipes de Management des Districts (EMAD) dans le redémarrage priorisé des services essentiels, en s'appuyant notamment sur les structures confessionnelles (FBO).

2. Objectif général

Identifier les formations sanitaires affectées par les réductions de financement, cartographier les perturbations de services, évaluer la capacité opérationnelle (y compris WASH et engagement FBO), vérifier le lien avec la chaîne d'approvisionnement centrale du MSP, et repérer les sites susceptibles de reprendre rapidement les services prioritaires avec des ressources limitées, dans le cadre de l'Initiative Foi et Communauté (FCI).

3. Objectifs spécifiques

1. Identifier les formations sanitaires impactées par les coupes budgétaires et le calendrier des perturbations.
2. Déterminer quels services prioritaires ont été réduits ou arrêtés.
3. Évaluer la capacité actuelle et les écarts immédiats (ressources humaines, commodités, infrastructures, systèmes de données, WASH).

4. Identifier le statut FBO des formations sanitaires, l'appartenance à une organisation confessionnelle et l'engagement actif avec les communautés de foi.
5. Documenter l'origine des commodités de santé et de nutrition et le lien avec la chaîne d'approvisionnement centrale du MSP.
6. Estimer les ressources minimales nécessaires pour un redémarrage rapide.
7. Prioriser les formations sanitaires selon les besoins et la disponibilité opérationnelle.
8. Fournir des recommandations claires pour une réactivation progressive des services.

4. Portée géographique et services prioritaires

Zones géographiques : Régions Boeny, Atsinanana, Atsimo Atsinanana et Atsimo Andrefana. Couverture flexible selon la sévérité des perturbations et l'impact de santé publique.

Types de structures : Hôpitaux, hôpitaux de district, CSB I, CSB II, centres de santé communautaire, cliniques PHC, sites de proximité et formations sanitaires confessionnelles (FBO) précédemment appuyés par des bailleurs.

Services prioritaires : VIH/PTME, tuberculose, paludisme, nutrition (y compris SAM/MAM), SMNI/CPN, vaccination, planification familiale, activités communautaires, services de laboratoire, WASH dans les formations sanitaires.

Échantillon : 50 à 80 formations sanitaires sélectionnées de manière intentionnelle (purposive) selon la sévérité des perturbations et l'impact potentiel.

5. Domaines clés d'évaluation

- A. Statut du financement – Bailleurs antérieurs, dates de fin, activités perturbées.
- B. Disponibilité actuelle des services – Fonctionnalité et volume des services prioritaires (Complet / Réduit / Arrêté).
- C. Ressources humaines – Effectifs par cadre, postes vacants critiques, Agents Communautaires (AC/ACN).
- D. Commodités – Niveaux de stock et **origine des commodités de santé et de nutrition** (lien avec la chaîne d'approvisionnement centrale du MSP).
- E. Infrastructures et équipements – Électricité, eau, chaîne de froid, stockage, laboratoire, réparations nécessaires.
- F. Systèmes de données – Registres, reporting DHIS2, qualité des données.
- G. Accès communautaire – Population de desserte, barrières d'accès, groupes vulnérables.
- H. WASH dans les formations sanitaires – Source d'eau, disponibilité, latrines, hygiène des mains, gestion des déchets, protocoles de nettoyage (selon recommandations et standards internationaux).
- I. Statut et engagement FBO – Appartenance à une organisation confessionnelle, engagement actif avec les communautés de foi.

Évaluation du redémarrage rapide : Identifier les services immédiatement viables et les intrants minimaux requis (appui en personnel, commodités, réparations mineures, formation, transport, etc.).

6. Critères de priorisation

Charge de morbidité, population de desserte, disponibilité d'alternatives, disponibilité en personnel et infrastructures, écarts en commodités et lien avec la chaîne d'approvisionnement MSP, conditions WASH, appui gouvernemental/communautaire, statut et engagement FBO, faisabilité d'un redémarrage rapide, liens avec les structures de foi et communautaires, et valeur stratégique pour la démonstration ou le passage à l'échelle de la FCI.

7. Méthodologie

- Revue documentaire des données HMIS et des registres de district.
- Entretiens avec des informateurs clés (chefs de formation sanitaire et autorités de district / EMAD).
- Visites sur site des formations sanitaires à l'aide d'une checklist standardisée (outil FCI incluant WASH, FBO et origine des commodités).

- Cartographie communautaire (AC/ACN, COSAN/CCDS, CRENI/CRENA/CRENAM, cases communautaires, infrastructures scolaires).
- Validation rapide avec les équipes de santé de district.

Outils numériques (KoboToolbox / ODK ou équivalent) avec capture GPS et fonctionnalité hors ligne pour une collecte efficace.

8. Plan de mise en œuvre

8.1 Personnel

4 équipes mobiles de 4 personnes chacune (superviseur expérimenté + enquêteurs), complétées par des collaborateurs de santé de district lorsque possible. Effectif total court terme : 16–20 personnes.

Formation : session intensive de 1,5 jour couvrant l'outil (y compris modules WASH et FBO), les techniques d'entretien, la sécurité et le costing de base.

8.2 Logistique

- Véhicules 4x4 partagés et motos pour l'accès du dernier kilomètre.
- Formulaires numériques sur tablettes/smartphones avec fonctionnalité hors ligne.
- Regroupement des formations sanitaires par district/région pour minimiser les déplacements.

8.3 Calendrier compressé (maximum 2 semaines)

Semaine 1 : Revue documentaire, finalisation de l'échantillon, briefings des parties prenantes, formation des équipes et test pilote dans 2–3 formations sanitaires.

Semaine 2 : Collecte intensive de données sur le terrain (visites regroupées, 4–6 formations par équipe et par jour lorsque possible). Nettoyage des données, analyse préliminaire, ateliers de validation de district, estimation des coûts, priorisation et préparation du rapport provisoire.

Ce calendrier n'est réalisable qu'en se concentrant sur les sites à fort rendement, en s'appuyant sur les partenaires locaux pour l'accès, et en menant l'analyse en parallèle du terrain. Un délai supplémentaire pourra être nécessaire selon les conditions de terrain.

9. Livrables

1. Formulaires d'évaluation complétés (incluant WASH, FBO et origine des commodités) et données de cartographie géoréférencées pour toutes les formations sanitaires visitées.
2. Base de données consolidée avec scores de disponibilité, analyse des écarts (y compris WASH), statut FBO et estimations de coûts de redémarrage (liés aux priorités FCI).
3. Liste priorisée des formations sanitaires avec feuilles de route de réactivation progressive.
4. Rapport final concis et présentation PowerPoint pour les parties prenantes FCI et les homologues gouvernementaux.

10. Alignement et principes

Les outils s'inspirent des cadres WHO HHFA et SARA tout en restant délibérément rapides et opérationnels. Ils sont adaptés au système de santé malgache (CSB I/II, AC/ACN, CRENI/CRENA/CRENAM, COSAN/CCDS, cases communautaires au niveau fokontany) et intègrent des modules WASH et FBO.

Principes directeurs : vérification de terrain en priorité ; clarté des répondants (chef de CSB / EMAD) ; focus sur les services FCI ; scoring actionnable (Disponibilité Haute / Moyenne / Faible + Score de priorité 1–5) ; lien systématique avec l'architecture communautaire et les structures confessionnelles.

11. Coordination et confidentialité

Coordination préalable avec les autorités régionales et de district (DRSP / EMAD). Partage de l'objectif et de la liste prévisionnelle des sites. Traitement confidentiel de toutes les données. Diffusion des résultats agrégés via les canaux gouvernementaux et FCI convenus. Coordination potentielle avec d'autres acteurs sur les écarts WASH identifiés.