

MOMENTUM

RÉSILIENCE SANITAIRE INTÉGRÉE



ENGAGE NIGER

**NOUVELLE INITIATIVE POUR LE PARTENARIAT (NIP)
OPPORTUNITÉ POUR LES ORGANISATIONS AU NIGER**

APPEL À CANDIDATURES

**PROJET MOMENTUM
RÉSILIENCE SANITAIRE
INTEGRÉE (MIHR)**



Table des matières

ACRONYMES	3
SECTION 1 – DESCRIPTION DU PROGRAMME.....	6
OBJECTIF N° 1 : RENFORCEMENT DES CAPACITES LOCALES	10
OBJECTIF N° 2 : DOMAINES D’INTERVENTION TECHNIQUE.....	12
SECTION 2 : INFORMATIONS RELATIVES À L’ÉLIGIBILITÉ	21
SECTION 3 : CRITÈRES POUR L’ÉVALUATION DE LA PROPOSITION	22
Application technique : critères d’évaluation	22
Proposition financière : critères d’évaluation.....	24
SECTION 4 : INSTRUCTIONS POUR LA SOUMISSION DES CANDIDATURES.....	25
Questions et réponses.....	25
Instructions générales pour la préparation de la candidature	25
Instructions relatives à la soumission	26
Application technique.....	28
SECTION 5 – MODÈLES ET FORMULAIRES	34

ACRONYMES

ADBC	Agents distributeurs à base communautaire
AJF	Adolescentes et jeunes femmes
SPN	Soins prénatals
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes
CFR	Code des règlements fédéraux
ASC	Agents de santé communautaires
AME	Allaitement maternel exclusif
CS	Centre de santé
FAA	Attribution de montant fixe
PF/SR	Planification familiale/ Santé Reproductive
PHI	Pratique à haut impact
PEIGS	Planification et Espacement Idéal des Grossesses pour la Santé
IDI	Entretien approfondi
IMA	IMA World Health
PFPPI	Planification familiale du post-partum immédiat
LOE	Niveau d'effort
TPCm	Taux de prévalence contraceptive moderne
MERL	Suivi, évaluation, recherche et apprentissage
MIHR	MOMENTUM Résilience Sanitaire Intégrée
DMU	Dispositif minimum d'urgence
SMNIA/SR/PF	Santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, santé reproductive et planification familiale
MOMENTUM	Déploiement à grande échelle de services intégrés et de qualité en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, de planification familiale volontaire et de santé reproductive
NIP	Nouvelle Initiative pour le partenariat
OMB	Bureau de la gestion et du budget
PANB	Plan d'action national budgétisé
Rcoms	Relais Communautaires
SPON	Soins postnatals
EPI	Équipement de protection individuelle
PFPP	Planification familiale du post-partum
AAC	Appel à candidatures
SR	Santé reproductive
PQ	Prestataires qualifiés
CSC	Changement social et comportemental
SDP	Point de livraison de service
SOW	Énoncé des travaux
AT	Accoucheuses traditionnelles
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la santé

Type d'annonce :	Appel à candidatures (AAC)
Organisation émettant l'AAC :	IMA
Projet :	Momentum IHR (MIHR)
Titre de l'opportunité de financement :	Nouvelle Initiative pour le partenariat : ENGAGE
Numéro de l'opportunité de financement :	MIHR Niger – NPI – AAC – 001
Date d'émission :	30 SEPTEMBRE 2022
Date limite pour l'envoi de questions :	7 OCTOBRE 2022, à 17 h (heure du NIGER)
Date limite pour le dépôt des candidatures :	28 OCTOBRE 2022, à 17 h (heure du NIGER)

Le projet MOMENTUM Résilience Sanitaire Intégrée (MIHR) est un accord de coopération quinquennal (Mai 2020 – Mai 2025) financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) conçu en vue de renforcer les soins et la prestation de services de qualité en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), de planification familiale volontaire (PF) et de santé reproductive (SR) dans les milieux fragiles. Il s'agit de l'une des six subventions attribuées dans le cadre du programme de déploiement à grande échelle de services intégrés et de qualité en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, de planification familiale volontaire et de santé reproductive (MOMENTUM). USAID a confié le MIHR à un consortium de partenaires dirigé par IMA World Health (IMA), une organisation professionnelle à but non lucratif qui met en œuvre des programmes axés sur des solutions durables et efficaces pour faire face aux problèmes de santé dans le monde en développement. Au Niger, le MIHR s'efforce d'améliorer la demande, l'accès et l'utilisation de services de qualité et de comportements en matière de SMNI, de nutrition, et de PF/SR afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infantiles et d'accroître la résilience sanitaire des familles et des communautés, notamment dans les régions de Dosso et Tahoua (zone d'intervention du projet MIHR).

En 2019, l'USAID a lancé la Nouvelle Initiative pour le partenariat (NIP) afin de promouvoir les possibilités de financement et le développement des capacités qui élèvent le leadership local et la collaboration avec des acteurs nouveaux, non traditionnels et locaux, ainsi que de définir les principales réelles priorités pour leurs communautés, de concevoir et de mettre en œuvre des solutions impliquant tous les partenaires de développement, de mobiliser des ressources à travers les systèmes locaux et de favoriser la responsabilisation en matière de résultats. Mis en œuvre par l'intermédiaire de la NPI de l'USAID, le projet MIHR au Niger vise à engager des partenaires locaux, nouveaux et sous-utilisés pour (a) développer leurs capacités organisationnelles, techniques et financières et (2) mettre en œuvre de manière efficace et efficiente des interventions fondées sur des données probantes et spécifiques au contexte afin de soutenir un accès et une utilisation à grande échelle et durables des services de planification familiale dans les régions de Dosso et Tahoua au Niger.

Le projet MIHR vise à engager des partenaires locaux, nouveaux et sous-utilisés dans le cadre d'une opportunité de sous-subvention et de renforcement des capacités, dénommée

ENGAGE (Engager de nouveaux partenaires et faire progresser la santé publique).

Les organisations éligibles (voir les critères d'éligibilité) travaillant actuellement au Niger et intéressées par un partenariat avec le MIHR ainsi que par le renforcement de leurs capacités organisationnelles, techniques et de gestion des subventions, sont invitées à postuler à cet AAC afin de soutenir un accès et une utilisation durables et à grande échelle des services de planification familiale dans les régions de Dosso et de Tahoua au Niger. Veuillez consulter la description du programme dans le présent AAC pour en savoir plus. Le MIHR tiendra un atelier de cocréation avec le(s) sous-bénéficiaire(s) retenu(s) afin d'élaborer un plan de renforcement des capacités et un plan détaillé de mise en œuvre conjointe pour atteindre les résultats escomptés.

L'IMA prévoit d'accorder plus d'une attribution de montant fixe (FAA) pour la description du programme, détaillée ci-dessous. Le MIHR administrera toute attribution résultante conformément à la norme 2 CFR 200 relative aux exigences administratives uniformes, aux principes de coûts et aux exigences en matière de vérification pour les fonds fédéraux ainsi que conformément au supplément de l'USAID, à la norme 2 CFR 700, et aux exigences supplémentaires figurant à la section 2 de cet AAC relatives à l'administration des fonds fédéraux.

La période de performance prévue à la mise en œuvre est d'environ 18 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'attribution, avec une possibilité de renouvellement allant de 6 mois jusqu'à un maximum de 24 mois. La date de début anticipée est le 9 janvier 2023, et la date d'achèvement le 31 mai 2024. Un calendrier précis sera défini dans l'accord. Le financement maximum disponible pour la période initiale s'élève à 70 000 dollars américains par subvention.

Une subvention sera attribuée au candidat responsable dont la proposition répond le mieux aux exigences de cet AAC et aux critères de sélection contenus dans le présent document. Les candidats sont tenus d'examiner, de comprendre et de respecter tous les critères de cet AAC. Les candidats assument les risques liés au non-respect de ces critères : les demandes incomplètes ou ne répondant pas directement aux termes, conditions, spécifications et dispositions du présent AAC peuvent être considérées comme non recevables et ne pas être prises en compte.

L'émission de cet AAC ne constitue pas un engagement d'attribution de la part de l'IMA et n'engage pas l'IMA à payer les frais engagés pour la préparation et la soumission des candidatures. L'IMA se réserve également le droit de rejeter tout ou partie des candidatures reçues.

SECTION 1 – DESCRIPTION DU PROGRAMME

1.1. CONTEXTE

Depuis sa création en 1961, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a fait du développement des capacités des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des institutions, des universités, du secteur privé, de la société civile et des autres parties prenantes un élément central de son soutien aux pays pour améliorer la santé et le développement. Dans le cadre de la [Politique de développement des capacités de localisation](#), l'USAID met en avant son objectif consistant à créer des opportunités pour forger de nouveaux partenariats, ainsi qu'à tirer parti de ressources privées et de solutions innovantes pour accélérer le rythme du développement durable.

La Nouvelle initiative pour le partenariat (NIP) représente une telle opportunité de diversification de la base de partenaires et vise à inclure des collaborations entre l'USAID et de partenaires nouveaux, locaux et non traditionnels. Elle favorise le leadership local, recherche des approches novatrices pour favoriser un développement inclusif et durable, et identifie de nouvelles sources de financement pour soutenir le partenariat ainsi qu'un impact à grande échelle.

Le projet MIHR a ainsi l'occasion d'administrer une activité de la NIP visant à inciter les organisations locales à (a) développer efficacement leurs capacités organisationnelle, technique et financière (encadré 1) et (b) s'associer aux efforts visant à étendre et à maintenir l'accès et l'utilisation des services de planification familiale dans les régions de Dosso et Tahoua.

Grâce à cette activité de la NIP, le MIHR soutiendra la diversification de la base de partenaires de l'USAID en élargissant les possibilités de collaboration entre l'USAID et de partenaires nouveaux, locaux et non traditionnels (voir l'Annexe 1 pour la définition des termes). Les types d'organismes comprennent entre autres les établissements de formation initiale, les établissements de recherche, les coopératives, les organismes gouvernementaux, les organismes confessionnels, les points de prestation de services, les entreprises du secteur privé, et les organisations non gouvernementales et à but non lucratif, entres autres.

ENCADRÉ 1 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS LOCALES

Le renforcement des capacités locales consiste à investir dans les acteurs locaux (les individus, les organisations et les réseaux) en vue d'améliorer conjointement la performance d'un système en valorisant les résultats du développement. Telle qu'entendue et exploitée par l'USAID, la capacité consiste en l'aptitude d'un acteur à fonctionner, à se maintenir et à s'autorenouveler. La capacité englobe les connaissances, les compétences et les motivations, ainsi que les relations qui permettent à un acteur (un individu, une organisation ou un réseau) de prendre des mesures pour concevoir et mettre en œuvre des solutions répondant aux défis du développement local, d'apprendre de cette action et de s'adapter en conséquence, ainsi que d'innover et de se transformer au fil du temps. Un développement efficace des capacités locales soutient stratégiquement et intentionnellement la capacité d'un acteur à accomplir sa propre mission, à prendre des mesures pour concevoir et mettre en œuvre des solutions répondant aux défis du développement local, à apprendre de cette action et à s'adapter en conséquence, ainsi qu'à innover et à se transformer au fil du temps. Ce faisant, la contribution des acteurs locaux à la performance de leur système local est renforcée.

Source : USAID 2021. Politique de développement des capacités locales

1.2. LES EFFORTS DU MIHR AU NIGER

Le MIHR œuvre au sein d'un portefeuille plus large au renforcement de la prestation de services de qualité en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), de planification familiale/santé reproductive (PF/SR), de nutrition et de soutien à l'amélioration de la résilience sanitaire dans les régions de Dosso et Tahoua au Niger. Le MIHR collabore avec le ministère de la Santé ainsi que des partenaires et intervenants clés pour obtenir les résultats suivants :

- **Résultat n° 1** : Accès et utilisation d'informations, de services et d'interventions relatifs à la PF/SR/SMNI, à grande échelle, durables, et fondés sur des données probantes et de qualité.
- **Résultat n° 2** : Amélioration de la capacité des institutions des pays hôtes, des organisations locales et des prestataires à fournir des services de PF/SR/SMNI de qualité fondés sur des données probantes.
- **Résultat n° 3** : Augmentation de l'apprentissage adaptatif et de l'utilisation de données probantes dans les programmes de PF/SR/SMNI grâce à un leadership technique durable de la part du pays hôte.
- **Résultat n° 4** : Augmentation de la collaboration intersectorielle et des partenariats novateurs entre les organisations locales, qu'elles soient ou non liées à la PF/SR/SMNI.

Le projet MIHR met l'accent sur l'atteinte de ces résultats dans l'intention de **contribuer à la mise en œuvre du Plan d'action national budgétisé 2021-2025** et de faire augmenter le TPCm de 21,8 % en 2021 à 29,3 % en 2025. Le MIHR contribue plus précisément aux deux objectifs suivants du PANB : Objectif n° 1 : Accroître la demande d'information et de services en matière de PF chez les femmes dans les centres de métiers et d'apprentissage, les organisations de femmes, les coopératives agricoles, et en particulier chez les adolescentes et les jeunes, et objectif n° 2 : Assurer la couverture des services de PF et l'accès à des services de qualité en renforçant la capacité des prestataires publics, privés et communautaires et en ciblant les jeunes dans les zones rurales et éloignées grâce à l'élargissement de l'éventail de méthodes.

Les efforts du MIHR au Niger se concentrent également sur **le renforcement des capacités de résilience** des individus, des ménages, des communautés et des points de prestation de services dans le but de gérer, d'absorber ou d'atténuer les risques et les effets des chocs, des stress et de la fragilité afin d'obtenir des gains à grande échelle et durables en matière de SMNIA/SR/PF. Selon une évaluation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Niger est classé comme un pays fragile relativement à plusieurs dimensions de risques liés aux aspects économiques, environnementaux, politiques, sociétaux et de capital humain¹. La fragilité (que l'OCDE appelle *la combinaison* de l'exposition aux risques et des capacités d'adaptation insuffisantes de l'État, du système et/ou des communautés pour gérer, absorber ou atténuer ces risques) réduit la capacité des personnes à réaliser leur potentiel et leur bien-être, et réduit la capacité des nations à se développer de manière durable².

L'utilisation efficace et continue de la planification familiale contribue à la résilience en réduisant le risque de fragilité, surtout en ce qui concerne les risques liés aux aspects économiques, environnementaux, sociétaux et de capital humain. La planification familiale soutient notamment l'amélioration de la santé des femmes, leur autonomisation économique et leur éducation. La planification familiale combat ainsi l'inégalité de genre, qui à son tour contribue à la fragilité sociétale, économique et du capital humain. En 2021, le score de l'indice d'inégalité de genre au Niger était de 0,611 (0-1, 0 signifiant que les femmes et les hommes sont traités de manière égale), se

classant 153^e sur 189 pays. Cela représentait une légère baisse par rapport à 2019, année pendant laquelle le Niger avait obtenu 0,642 points^{1,3}. Des études ont révélé que l'inégalité de genre augmente la probabilité de conflit et d'instabilité politique². La violence contre les femmes et les filles est également l'une des formes les plus répandues d'inégalité de genre. L'inégalité de genre réduit également la scolarisation des jeunes femmes et leur participation à la vie active, ralentit la croissance économique et affecte négativement la production agricole et la sécurité alimentaire⁴. La planification familiale réduit par ailleurs les vulnérabilités à l'insécurité alimentaire, contribuant ainsi à réduire la fragilité environnementale et économique. Les familles plus réduites réduisent le rythme de croissance de la population, atténuant la pression sur les ressources naturelles locales et la demande des ménages sur les ressources sensibles au climat comme la nourriture et l'eau. La résilience climatique est importante pour le Niger, où les sécheresses, les inondations régulières et la dégradation des sols ont entraîné des pertes agricoles et une détérioration de la sécurité alimentaire. Au moins 20 % de la population nigérienne n'est pas en mesure de satisfaire à ses besoins alimentaires, 43,5 % des enfants souffrent de malnutrition chronique et 12,3 % de malnutrition aiguë globale⁵. Les agriculteurs et les éleveurs ont de surcroît été considérablement touchés par la sécheresse et les températures élevées. Le changement climatique peut encore aggraver les vulnérabilités existantes qui contribuent à la pauvreté généralisée et à l'instabilité politique.

1.3. CONTEXTE DU PAYS

Le Niger faisait partie du premier groupe de 23 pays qui s'est engagé à atteindre l'objectif du partenariat Planification familiale 2020 (FP2020) visant à élargir l'accès à l'information, aux services et aux fournitures relatifs à la planification familiale pour 120 millions de femmes et de filles supplémentaires dans les pays les plus pauvres du monde en 2020. Dans le cadre de son engagement, le Niger s'était fixé l'objectif ambitieux d'atteindre un Taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 50 % en 2020. Depuis lors, des progrès significatifs ont été réalisés dans l'augmentation de la disponibilité et de l'accès à la contraception moderne. Le projet Track20 estimait qu'au moins 20,1 % des femmes mariées utilisaient des contraceptifs modernes en 2021, soit une augmentation par rapport à 12 % en 2012⁶⁷. Une récente enquête nationale menée en 2021 a cependant révélé que le TPCm chez les femmes mariées et toutes les femmes (mariées et non mariées) avait diminué, passant à 10 et 7,9 %, respectivement⁸.

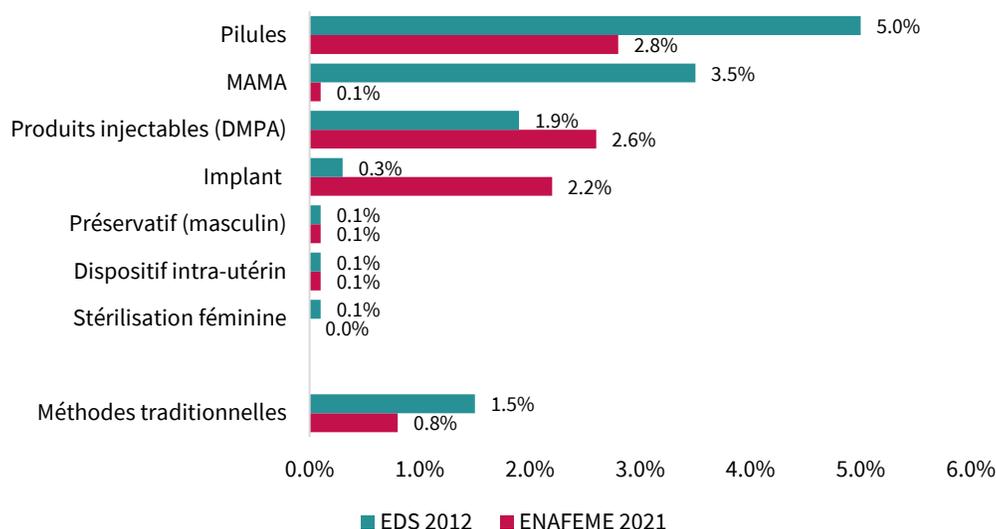
En 2021, le Niger a renouvelé son engagement en faveur du partenariat, révisant son objectif d'augmenter le TPCm de 21,8 % en 2020 à 36,8 % en 2030⁹. Le Niger est également membre du Partenariat de Ouagadougou, lancé en 2011 et visant à accélérer les progrès en matière de planification familiale dans les neuf pays francophones d'Afrique de l'Ouest, ainsi que membre du projet d'Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel (SWEDD)^{10,11}. Depuis 2012, le Niger a également élaboré deux plans de mise en œuvre chiffrés relatifs à la planification familiale. Le plan national actuel (le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2021-2025) vise à faire passer le TPCm de 21,8 % en 2021 à 29,3 % en 2025 en veillant à ce que tous les couples, individus et adolescents aient accès à une gamme complète de services de planification familiale abordables et de qualité¹².

Les efforts déployés par le Niger pour augmenter le TPCm attestent de la reconnaissance de la contribution de la planification familiale à la santé et au développement social du pays. En tant que l'un des pays les plus pauvres du monde, le Niger est également vulnérable à l'insécurité alimentaire,

à la volatilité politique et à l'instabilité qui surviennent à travers le Sahel. Le profil démographique du Niger se caractérise par une population très jeune, principalement rurale et en croissance rapide. Un peu plus de 1 personne sur 3 au Niger est jeune, âgée de 10 à 24 ans, et un quart de la population est constituée d'adolescents¹³.

Des services de planification familiale sont disponibles dans de nombreux établissements de santé à l'échelle nationale (82 %), bien qu'il existe des disparités géographiques. Le secteur public est la principale source de contraceptifs — 97 % des établissements de santé publique offrent des services de PF, contre seulement 25 % dispensés par le secteur privé¹⁴. Bien que l'utilisation de méthodes de contraception ait augmenté, la plupart des femmes continuent d'utiliser les mêmes trois méthodes populaires – la pilule, les produits injectables et les implants (figure 1)¹. Depuis l'introduction par le gouvernement de l'acétate de médroxyprogestérone dépôt sous-cutané (DMPA-SC) en 2014, un contraceptif injectable à progestatif seul, son adoption a augmenté chez les femmes nigériennes et a dépassé l'adoption du DMPA-IM, un contraceptif injectable intramusculaire¹⁵. Selon les données des enquêtes de Suivi des performances et responsabilité 2020 (PMA2020), environ 1,5 % des femmes mariées qui utilisaient des contraceptifs modernes en 2017 ont déclaré utiliser le DMPA-SC. Ce chiffre a augmenté à 11 % en 2021. On a d'autre part assisté à une baisse du pourcentage d'utilisatrices de contraceptifs ayant déclaré utiliser le DMPA-IM, qui est passé de 17,4 % en 2017 à 5 % en 2021^{16,17}.

Figure 1. Pourcentage de toutes les femmes utilisant des contraceptifs par méthode, 2012 et 2021



L'accès aux établissements de santé est difficile pour certaines populations en raison de la distance (53 % de la population vit dans un rayon de 5 km d'un établissement de santé), d'un réseau routier faible et de barrières géographiques naturelles. La santé communautaire est une priorité nationale clé au Niger, et le pays a élaboré des politiques dédiées au programme visant à orienter les soins de santé communautaires. Les agents de santé communautaires (ASC), les relais communautaires (Rcoms) et les agents de distribution à base communautaire (ADBC) sont désormais reconnus comme faisant partie intégrante d'une stratégie prometteuse pour favoriser un meilleur accès aux services de santé.

1.4. FINALITE ET OBJECTIFS

Grâce à l'opportunité d'AAC ENGAGE, le MIHR prévoit l'attribution de plusieurs subventions à des organismes nigériens locaux qui satisfont à l'éligibilité de la NIP (voir la section 2 pour les renseignements sur l'éligibilité) et qui disposent des capacités requises pour mettre en œuvre l'approche technique des travaux décrits à l'objectif 2. L'opportunité de la NIP ENGAGE NIGER offre deux objectifs clés :

Objectif n° 1 : Renforcer la capacité organisationnelle, technique et de gestion des subventions des partenaires nouveaux et sous-utilisés en vue de faire des demandes, recevoir, gérer et rendre compte efficacement des financements directs des donateurs à l'avenir.

Objectif n° 2 : Mettre en œuvre de manière efficace et efficiente des interventions fondées sur des données probantes et spécifiques au contexte afin de soutenir un accès et une utilisation à grande échelle et durables des services de planification familiale volontaire parmi les femmes et les hommes qui font un choix éclairé dans les régions de Dosso et de Tahoua au Niger.

OBJECTIF N° 1 : RENFORCEMENT DES CAPACITES LOCALES

L'objectif principal de l'opportunité ENGAGE dans le cadre du MIHR vise à habiliter les partenaires nouveaux et sous-utilisés (dont beaucoup sont des organisations locales et localement établies) à résoudre les problèmes en matière de PF qui ne sont pas adéquatement abordés par d'autres investissements dans le domaine du développement et qui répondent directement aux besoins du secteur de la santé. Dans le cadre de la sous-subvention ENGAGE, le MIHR s'associera également avec les bénéficiaires de la sous-subvention dans le cadre d'un effort continu de renforcement des capacités tout au long de la période de subvention. L'objectif des initiatives de renforcement des capacités consistera à développer les capacités suivantes des bénéficiaires :

- **Capacités techniques :** concevoir, adapter, mettre en œuvre, assurer le suivi/évaluer et documenter des pratiques fondées sur des données probantes pour assurer la continuité des services de PF en réponse à la fragilité, aux chocs et aux stress et renforcer la résilience des ménages et de la communauté, notamment celles définies pendant le processus de cocréation dans le cadre du volet I à V (voir ci-dessous). **Capacités de gestion des subventions :** renforcer la structure du Conseil et du leadership, les systèmes de gestion financière et de contrôle interne, les systèmes d'approvisionnement et de ressources humaines. Cela permettra aux bénéficiaires des sous-subventions de recevoir, gérer et rendre compte des fonds des donateurs tout en respectant les règles et règlements des donateurs.
- **Capacités organisationnelles et relationnelles :** capacités des organisations locales partenaires à influencer et étendre leur présence au sein de leur système de santé local et national. Les efforts de renforcement des capacités seront axés sur la gestion de projet, la mobilisation et la durabilité des ressources, le partenariat et le réseautage, le plaidoyer et les communications, ainsi que sur la gestion des connaissances et l'apprentissage organisationnel.

Pour atteindre les objectifs susmentionnés, les bénéficiaires de la sous-subvention :

- a. Seront habilités à entreprendre des auto-évaluations de la capacité et du rendement, comme

prescrit dans les lignes directrices relatives à l'enquête préalable à l'attribution d'une organisation non américaine, à l'aide des outils d'évaluation de la capacité organisationnelle et de l'indice de rendement de l'organisation ;

- b. Seront soutenus dans l'utilisation des conclusions de ces évaluations dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre des plans de renforcement des capacités techniques, organisationnelles et de gestion des subventions classés par ordre de priorité ;
- c. Recevront un soutien technique, un mentorat et une formation continue afin de mettre en œuvre leurs plans de renforcement des capacités ainsi que de suivre et d'évaluer leurs activités.
- d. Seront habilités à entreprendre une gestion/un apprentissage adaptatifs et à documenter les expériences et les leçons apprises au cours de la mise en œuvre.

Le MIHR soutiendra les activités d'assistance technique et de mentorat visant au renforcement des capacités, y compris les services de consultation locaux pour une assistance technique spécialisée et localisée à court terme. Les bénéficiaires de la sous-subvention doivent en outre s'engager dans le processus de renforcement des capacités en mobilisant le personnel approprié et le temps/niveau d'effort raisonnable du personnel pour participer à toutes les activités pertinentes, y compris la participation à des ateliers présentiels et virtuels.

Afin de favoriser un impact durable et transformationnel sur le développement, les subventions en réponse au présent AAC doivent comporter un partenariat et une collaboration étendus entre le MIHR et le candidat, de la conception à la mise en œuvre. Le projet MIHR identifie et définit les questions liées au développement dans l'AAC, qu'il abordera conjointement avec le(s) candidat(s) dans la description du programme, puis travaillera en collaboration avec eux pour déterminer si et comment résoudre ces problèmes et obtenir le plus grand impact mesurable et durable possible. Le MIHR travaillera de concert avec le(s) candidat(s) en vue de mobiliser, d'exploiter et d'appliquer les compétences respectives de chacun de la manière la plus efficace possible. La description du programme sera cocréée, codéveloppée et co-mise en œuvre. Cela signifie que, plutôt que de dire aux candidats de quelle manière le MIHR souhaite résoudre un problème, le projet présente une opportunité et sollicite les meilleures idées pour y remédier. Ceci sera réalisé de la conception à la mise en œuvre dans le cadre d'un processus itératif, participatif et collaboratif.

Le ou les candidats sélectionnés seront invités à l'étape de cocréation afin de travailler de concert avec l'équipe du MIHR et de finaliser la description du programme de manière collaborative, de clarifier les aspects de la description du programme à clarifier, et d'élaborer un plan de travail détaillé. Le produit envisagé de cette phase consiste en une description complète du programme, un plan de travail solide, ainsi que des indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs ou des jalons de rendement. Le processus de cocréation s'appuiera sur la proposition sélectionnée manifestant le plus de force et de potentiel ; il n'est pas destiné à supplanter l'initiative du candidat ni à construire de nouveaux concepts de base.

Résultats attendus

Le renforcement des capacités doit aboutir à une organisation locale partenaire plus forte, capable de :

- a. Concevoir, adapter, mettre en œuvre, assurer le suivi/évaluer et documenter les pratiques fondées sur des données probantes afin d'assurer la continuité des services de PF dans les

- milieux fragiles ;
- b. Faire des demandes, recevoir, gérer et rendre compte des financements directs des donateurs à l'avenir ;
- c. Faire preuve d'une plus grande influence et jouer un rôle important dans son système de santé local et national.

OBJECTIF N° 2 : DOMAINES D'INTERVENTION TECHNIQUE

L'opportunité offerte par la NIP se concentrera sur les cinq volets suivants, correspondant à la portée des efforts du MIHR au Niger (voir la section 1 sur l'approche technique). Chacun des cinq volets représente une sous-subvention distincte et, par conséquent, le MIHR prévoit d'attribuer jusqu'à cinq sous-subventions distinctes pour des activités différentes afin d'atteindre les objectifs de chaque volet. **Les candidats peuvent présenter une demande pour plus d'un volet et pour un maximum de deux volets par organisation.** Chaque demande doit être présentée comme une demande distincte, et sera examinée comme une demande distincte. De plus, comme décrit ci-dessous, chaque volet possède plus d'un résultat attendu. Le candidat peut choisir de soumettre une proposition pour un, ou pour la totalité des résultats attendus pour chaque volet.

- Volet I : Renforcement de la résilience grâce à des comportements positifs en matière de planification familiale
- Volet II : Les adolescents et les jeunes
- Volet III : L'auto-prise en charge de la contraception
- Volet IV : Qualité et continuité des services de PF/SR
- Volet V : Planification familiale post-partum à base communautaire

Volet I : Renforcement de la résilience grâce à des comportements positifs en matière de planification familiale

Finalité : Le MIHR cherche à s'engager auprès d'une organisation nigérienne locale dont les racines sont bien établies et travaillant avec les communautés des régions de Dosso et/ou Tahoua, afin de soutenir l'adoption de comportements sains (encadré 2), d'améliorer l'accès des femmes et des hommes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) à des informations précises et adaptées à leur âge sur la planification familiale, de soutenir leur désir de planifier et d'agir selon leur intention de pratiquer une planification et un espacement sains de leurs grossesses¹⁸.

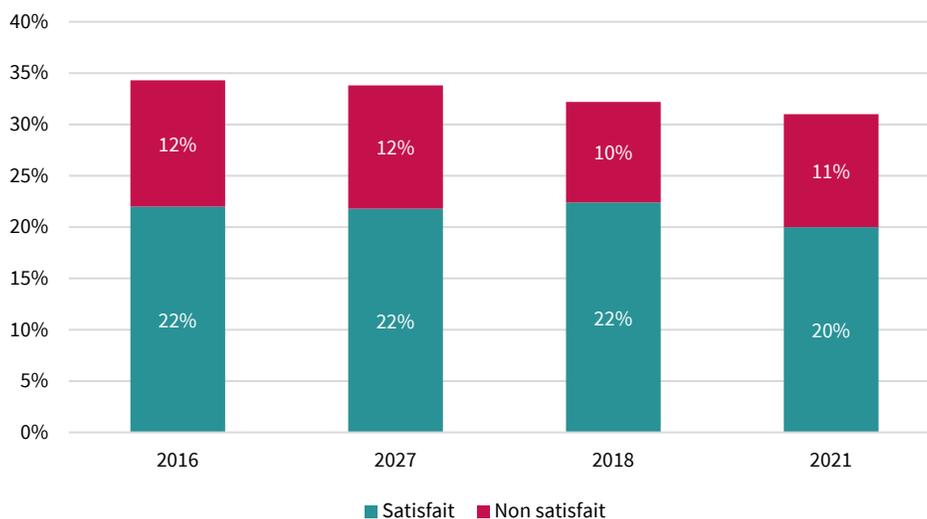
ENCADRÉ 2 : COMPORTEMENTS PRIORITAIRES

- Planification et Espacement Idéal des Grossesses pour la Santé (PEIGS) sains chez les individus et/ou les couples.
- Adoption volontaire et utilisation continue de contraceptifs modernes, notamment les méthodes auto-administrées à courte durée d'action (pilules, injectables, préservatifs).
- Auto-prise en charge volontaire de contraceptifs au-delà de l'auto-administration, notamment l'auto-conscience et l'auto-évaluation, ainsi que l'auto-gestion des effets secondaires et de l'auto-conscience.
- Engagement accru des hommes en tant que partenaire de soutien, utilisateur et/ou champion de la PEIGS et de l'utilisation de contraceptifs modernes.
- Amélioration de la communication et de l'engagement entre les couples, leur permettant de discuter, de décider et de se soutenir mutuellement dans l'utilisation cohérente et efficace des contraceptifs modernes.
- Participation et collaboration accrues de la communauté pour promouvoir la PEIGS et pour faire face aux obstacles à la pratique de comportements positifs, notamment les mythes et les idées fausses, les règlements communautaires, les croyances religieuses et les normes sociales, culturelles et sexospécifiques.

Raison d'être : Comme décrit à la section 1.2, la planification familiale réduit la fragilité du capital social, économique, sociétal et humain. L'utilisation de contraceptifs et de la planification et de l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS) permet également aux individus et aux couples d'être plus résilients aux risques de complications maternelles et infantiles, notamment chez les jeunes femmes dont les organes pelviens peuvent ne pas être complètement développés¹⁹. On estime que l'utilisation de la planification familiale a réduit les taux de mortalité maternelle d'environ 44 % dans le monde¹⁹. L'utilisation efficace de contraceptifs évite également les grossesses non désirées et réduit le risque de subir un avortement non sécurisé²⁰. En moyenne, environ 49 grossesses non désirées surviennent pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans chaque année au Niger, et environ 31 % d'entre elles ont fini par subir un avortement⁶. Les risques pour la santé maternelle des femmes nigériennes s'en trouvent augmentés, car il est estimé que 77 % des avortements se produisant en Afrique subsaharienne ne sont pas sécurisés²¹.

Qui plus est, en dépit d'un taux de fécondité élevé (entraînant une croissance démographique rapide et la fragilité), le taux de fécondité souhaité est en déclin croissant et est légèrement inférieur au taux de fécondité réel. En 2012, le taux de fécondité souhaité était de 7,4 et le taux de fécondité réel était de 7,6 enfants par femme ; en 2021, le taux de fécondité souhaité était de 5,9 et le taux de fécondité réel était de 6,2 enfants par femme^{2,3}. Alors que cette tendance démontre une préférence accrue pour les familles plus restreintes, la demande en matière de planification familiale à l'aide de contraceptifs modernes reste relativement faible (mais semble toutefois s'être légèrement améliorée au fil du temps). La demande pour l'ensemble des femmes est passée de 26,8 % en 2012 à 34 % en 2016, puis à 31 % en 2021, affichant une faible utilisation de la contraception (figure 2)^{23,22}. L'utilisation de contraceptifs modernes par l'ensemble des femmes s'élevait à 8 % en 2021, une réduction par rapport à 11 % en 2012^{2,3}. Les individus/couples nigériens préfèrent les grandes familles et optent pour l'utilisation de méthodes traditionnelles ; il existe une méfiance générale à l'égard des méthodes modernes ainsi que des nouvelles normes sociales et de genre, et les croyances religieuses influencent considérablement les choix en matière de contraception des individus et des couples.

Figure 2. Demande totale - Pourcentage de toutes les femmes ayant un besoin satisfait ou non satisfait de contraception, Niger



Résultats attendus de la sous-subvention :

- 1) À titre d'exemple*, les publics primaires suivants sont atteints, engagés et soutenus par des renseignements précis et adaptés à leurs âges respectifs en vue d'appuyer l'adoption de comportements prioritaires (encadré 2) : les femmes, les hommes et/ou les couples à risque de grossesse non désirée, notamment ceux qui sont mariés ou non mariés, les adolescents et jeunes, les parents pour la première fois, les femmes enceintes ou qui ont accouché récemment (au cours des 24 derniers mois), ayant besoin ou ayant récemment reçu des soins post-avortement d'urgence, handicapées et/ou affectées par le VIH/SIDA.
- 2) À titre d'exemple*, les publics secondaires suivants sont atteints et engagés à soutenir les publics primaires dans la pratique de comportements prioritaires : membres de la famille influents, amis, leaders traditionnels, groupes de femmes et chefs religieux.

*Le partenaire retenu sera tenu de valider les publics au moyen d'un processus éclairé par des données, de préférence des données secondaires, au cours de l'étape de création de cette activité.

Volet II : Les adolescents et les jeunes

Finalité : Le MIHR cherche à s'engager auprès d'une organisation nigérienne locale axée sur, ou dirigée par la jeunesse (ayant une expérience considérable de travail avec des adolescents et des jeunes dans les régions de Dosso et/ou Tahoua) dans le but de prévenir les grossesses précoces et répétées non désirées chez les adolescents et les jeunes. Le partenaire sélectionné travaillera à réduire les obstacles identifiés par le public et à tirer parti des facilitateurs et facilitatrices (au niveau individuel, collectif, social) pour améliorer l'accès à des informations et services contraceptifs précis et adaptés à l'âge.

Raison d'être : De nombreuses jeunes femmes nigériennes de 15 à 24 ans se marient tôt, commencent à avoir des enfants tôt, puis continuent à avoir des grossesses souvent très rapprochées tout au long de leur cycle de santé reproductive (tableau 1). Ces expériences contribuent à un risque élevé de complications maternelles et/ou de décès, phénomène qui à son tour contribue à l'inégalité de genre et à la fragilité de la société. L'utilisation de contraceptifs modernes est faible chez les adolescents et les jeunes, et semble avoir diminué de 2012 à 2021 (tableau 1). En 2019, il a été estimé qu'environ 64 % des adolescents de 15 à 19 ans qui souhaitaient éviter une grossesse avaient un besoin non satisfait de contraception²³.

Tableau 1 : Indicateurs de la santé reproductive des adolescents et des jeunes, 2012 et 2021²²

Indicateur	National	Tahoua	Dosso
Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, pourcentage, 2005-2020	76 %	76,5 %	73,1 %
Âge médian du premier mariage chez les femmes âgées de 25 à 49 ans, 2012 2021 (années)	15,7 16,6	16,3 17	16,3 16,4
Âge médian du premier rapport sexuel chez les femmes âgées de 25 à 49 ans, 2012 2021 (années)	15,9 16,7	15,7 16,9	15,8 16,5
Âge médian du premier accouchement chez les femmes âgées de 25 à 49 ans, 2012 2021 (années)	18,6 18,6	18,6 18,9	18,9 18,8
Pourcentage d'adolescentes qui ont commencé à procréer, 2012 2021	40,4 % 25 %	46,4 % 18,9 %	33 % 22,6 %
Pourcentage d'adolescentes ayant plus d'un enfant, 2012	9,2 % 5,2 %		

2021				
Pourcentage de <u>toutes</u> les jeunes femmes qui utilisent un contraceptif moderne, 2012 2021	15-19	3,7 % 2,1 %		
	20-24	11,8 % 9,4 %		
Pourcentage de <u>toutes</u> les jeunes femmes mariées qui utilisent un contraceptif moderne, 2012	15-19	5,9 % 5,0 %		
	20-24	12,6 % 10,8 %		

Les indicateurs en matière de PF et de SR démontrent un besoin urgent de répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) parmi la population de jeunes du Niger. Il existe un manque de services de santé sexuelle et reproductive cohérents et spécifiques à l'âge, ainsi qu'un manque de services, d'approches et de politiques adaptés aux adolescents, créant de ce fait des obstacles à la PF au Niger²⁴. En 2016, la Banque mondiale a constaté que les adolescents et les jeunes étaient stigmatisés par un mauvais traitement et un mépris de la part des professionnels de la santé lorsqu'ils/elles se rendaient seuls dans les établissements de santé, et que le personnel de santé était perçu comme arrogant, dictatorial, et affichait des attitudes partiales lors de leur travail avec des adolescents¹⁴. La loi de 2006 sur la santé reproductive limite la procréation et la contraception aux couples « légalement mariés », excluant implicitement les adolescentes ainsi que les jeunes femmes et leurs partenaires¹⁴. Les adolescentes et les jeunes femmes sans enfant n'ont en outre pas le même accès aux services de PF/SR, les ASC déclarant être moins susceptibles de visiter des maisons sans enfant, malgré le fait que parmi les jeunes femmes mariées qui ont reçu la visite d'un *relais communautaire* (RECOM), l'acceptation de la méthode de PF moderne a presque doublé*. La littérature sur le Niger révèle toutefois que la contraception n'est largement utilisée dans le mariage qu'après la naissance du premier enfant (une pratique liée aux normes culturelles locales, par laquelle on s'attend à ce que les jeunes femmes mariées prouvent leur fertilité avant la contraception)¹⁴. Le Niger se distingue également par le fait d'être le pays affichant le taux le plus élevé de mariage d'enfants au monde²⁵. Les raisons de cette situation sont notamment la pauvreté, le mariage d'enfants apportant dans ce contexte l'espoir de prospérité économique ainsi qu'une augmentation du statut social tant pour les filles que pour leurs parents. Les normes sociales et religieuses jouent également un rôle. La peur du déshonneur apporté par la grossesse en dehors du mariage est notamment un facteur de mariage précoce, et est exacerbée par l'instabilité causée par les troubles civils et les catastrophes naturelles. Il existe en outre une forte association négative entre l'éducation et le mariage d'enfants : moins une fille est éduquée, plus elle est susceptible de devenir une enfant épouse. L'insécurité économique qui en résulte peut limiter la capacité des parents de subvenir à leurs enfants, ce qui fait du mariage d'enfants la meilleure option disponible pour les familles²⁶.

Résultats attendus de la sous-subvention :

- 1) Les obstacles à l'accès et à l'utilisation de la contraception moderne sont réduits pour les adolescentes et les jeunes femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception.
- 2) Une utilisation accrue de contraceptifs modernes parmi les adolescentes et les jeunes femmes, y

* Les ASC travaillent dans des postes/cases de santé et fournissent une vaste gamme de services de soins de santé primaires, notamment des services de PF à leurs clients. Ainsi, à moins que ceux-ci ne visitent le poste/la case de santé, ils peuvent ne pas voir tous les clients. Les RECOM travaillent en revanche dans les communautés. Il s'agit de bénévoles élus par les villages et motivés à soutenir les ASC par le biais de campagnes et de visites à domicile visant à promouvoir des pratiques de santé familiale essentielles, y compris la PF.

compris l'auto-prise en charge, pour répondre à la demande.

- 3) Les adolescentes et les jeunes femmes requérant des services de soins post-avortement savent où recevoir les services d'urgence, sont informées et peuvent accéder aux services de planification familiale pendant leur visite à l'établissement.
- 4) Les jeunes parents pour la première fois peuvent accéder à l'information et aux services de planification familiale post-partum.

Volet III : L'auto-prise en charge de la contraception

Finalité : Le MIHR cherche à s'engager avec les organisations nigériennes locales ayant de l'expérience dans le soutien des communautés des régions de Dosso et/ou Tahoua à l'utilisation de services de planification familiale dans le but d'habiliter et de soutenir les individus et les couples à pratiquer efficacement l'auto-prise en charge en matière de contraception selon les besoins et en cas de nécessité. Le MIHR encourage des approches novatrices pour faciliter la demande, l'accès et/ou l'utilisation de l'auto-prise en charge en matière de contraception.

Raison d'être : Selon les lignes directrices consolidées sur les interventions d'auto-prise en charge en matière de santé de l'OMS, l'auto-prise en charge est la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à maintenir la santé et à faire face à la maladie et à l'incapacité avec ou sans le soutien d'un travailleur de la santé²⁷. Les interventions d'auto-prise en charge en matière de contraception sont des approches prometteuses permettant aux individus/couples de prévenir les grossesses non désirées et d'améliorer la résilience des ménages en cas de chocs ou de crises. L'OMS a formulé plusieurs recommandations sur la gestion autonome de la planification familiale, notamment la fourniture en quantité suffisante pour une année complète de pilules progestatives, de pilules contraceptives orales combinées, de contraceptifs d'urgence, de préservatifs et de contraceptifs injectables auto-administrés, ainsi que la disponibilité en vente libre de pilules contraceptives orales. Bien qu'à petite échelle, certaines interventions d'auto-prise en charge sont déjà en pratique au Niger, notamment l'auto-injection de contraceptifs injectables et l'utilisation d'un diaphragme profilé Caya de taille unique, entre autres pratiques^{28,29}. L'auto-injection de contraceptifs injectables progestatifs par voie sous-cutanée est incluse en tant qu'intervention dans le PANB 2021-2025. Une auto-prise en charge appropriée en matière de contraception a des avantages à la fois pour les clients et pour le système de santé. Plus les personnes utiliseront l'auto-prise en charge, plus la fréquence des visites des clients au point de prestation des services pour le lancement et le réapprovisionnement de la méthode pourra être réduite, contribuant ainsi à atténuer la charge pesant sur un système de santé déjà tendu et limité. De même, la poursuite de l'utilisation de la méthode utilisée peut être facilitée, l'auto-prise en charge offrant une certaine commodité aux utilisateurs qui pourraient autrement avoir besoin de visiter périodiquement les points de prestation de services pour le réapprovisionnement et la gestion des effets secondaires communs. Selon les lignes directrices de l'OMS, de nombreux effets secondaires inconfortables peuvent être autogérés. Les clients doivent toutefois être bien informés sur la façon de le faire, et savoir distinguer entre les effets secondaires indésirables gérables et les complications, ces dernières requérant l'attention de professionnels de la santé³⁰. En période de perturbations de service dues à des chocs et des stress et/ou à des contextes fragiles, l'auto-prise en charge renforce en outre la capacité de résilience des individus et/ou des couples qui souhaitent commencer ou continuer à utiliser une méthode contraceptive pour prévenir une grossesse non désirée.

Résultats attendus de la sous-subvention :

- 1) Les individus et/ou les couples sont de plus en plus conscients de leurs besoins en matière de contraception et reçoivent le soutien nécessaire pour les adopter. L'auto-prise en charge comprend l'un ou plus des éléments suivants :
 - Le choix éclairé : Les clients adoptant l'auto-prise en charge (nouveaux utilisateurs, anciens utilisateurs et utilisateurs qui changent de prestataire) sont à même de faire un choix éclairé en l'absence de conseils de la part de prestataires, c'est-à-dire qu'ils peuvent prendre des décisions sans l'aide d'un prestataire, d'un établissement ou d'une communauté (si un travailleur de santé communautaire est un prestataire dans cette région)
 - L'auto-évaluation de l'éligibilité médicale : Les clients adoptant l'auto-prise en charge (nouveaux utilisateurs, anciens utilisateurs et utilisateurs qui changent de prestataire) et faisant un choix éclairé (avec ou sans l'aide d'un prestataire) d'une méthode contraceptive sont en mesure de s'auto-évaluer avec précision en ce qui concerne l'éligibilité à l'utilisation en l'absence d'un prestataire, d'un établissement, ou de la communauté (si un travailleur de santé communautaire est un prestataire dans cette région)
 - Auto-administration : Les clients adoptant l'auto-prise en charge (nouveaux utilisateurs, anciens utilisateurs et utilisateurs qui changent de prestataire) et faisant un choix éclairé sont en mesure d'évaluer leur éligibilité médicale (avec ou sans l'aide d'un établissement de santé/prestataire communautaire, selon le cas) pour l'usage d'une méthode contraceptive et peuvent s'auto-administrer la méthode de leur choix. Cela concerne les méthodes à courte durée d'action recommandées pour l'auto-prise en charge.
 - Auto-gestion des effets secondaires : Les utilisateurs réguliers qui subissent un ou plusieurs effets secondaires peuvent s'auto-gérer de manière appropriée et en toute sécurité, conformément aux recommandations de L'OMS¹⁷.
- 2) Des approches et/ou des outils novateurs contextualisés sont testés et validés pour faciliter la demande, l'accès et/ou l'utilisation de l'auto-prise en charge en matière de contraception

Volet IV : Qualité et continuité des services de PF/SR

Finalité : Le MIHR cherche à s'engager auprès des organisations professionnelles de la santé nigériennes (notamment les associations d'infirmières et de sages-femmes, les obstétriciens et gynécologues, les pharmaciens, les établissements de formation pour les prestataires de services ou les praticiens de santé publique, et/ou les organisations ayant une expertise dans l'amélioration des compétences cliniques des prestataires de services en matière de PF/SR) pour établir/renforcer et soutenir une « approche écosystémique » permettant de favoriser la continuité des services de PF/SR en période de chocs et de stress. L'écosystème se réfère à un réseau interconnecté d'intervenants, y compris des autorités gouvernementales sous-nationales, des installations publiques/privées et des communautés/institutions dans une zone géographique/administrative de santé définie. Un élément important de la continuité des services est la présence d'une base solide de services de qualité. Le partenaire travaillera par conséquent également à renforcer la qualité des soins dans certains établissements de l'écosystème.

Raison d'être : Le Niger est confronté à une situation d'urgence humanitaire complexe marquée par l'insécurité et la violence continues contre les civils perpétrées par des éléments de groupes armés

ainsi que par la pauvreté endémique et les effets du changement climatique tels que les sécheresses répétées, les inondations et la désertification, qui marquent la fragilité écologique et économique du pays. Les chocs, les stress et la fragilité aggravent la mauvaise santé et les déterminants sociaux, comportementaux et systémiques associés (y compris la pauvreté, l'accès aux soins et la faiblesse des systèmes). La santé reproductive et maternelle des femmes et des jeunes est notamment affectée de manière disproportionnée, et nuit à la capacité des enfants à survivre et à prospérer. Selon L'OMS, la continuité des services de santé essentiels pendant les situations d'urgence en matière de santé

ENCADRÉ 3 : DMU POUR LA CONTRACEPTION

- Assurer la disponibilité d'une gamme de méthodes contraceptives réversibles à action prolongée et à action de courte durée (y compris les préservatifs masculins et féminins et la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- Fournir des informations, y compris des documents d'information, d'éducation et de communication (IEC) et assurer dès que possible la fourniture de conseils en matière de contraception mettant l'accent sur le choix éclairé et l'efficacité, et soutenant la vie privée et la confidentialité des clients
- Veiller à ce que la communauté soit consciente de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescent·e·s et les hommes

publique est vitale pour la sécurité sanitaire mondiale, régionale, nationale et locale, ainsi que pour la réalisation des objectifs de couverture sanitaire universelle³¹. La prévention des grossesses non désirées (encadré 3) est l'un des services fondamentaux à fournir dans les situations d'urgence dans le cadre du Dispositif minimum d'urgence (DMU), une norme internationale de référence visant à répondre aux besoins des femmes en matière de SSR dans la phase aiguë des situations d'urgence³². La continuité des soins contraceptifs au niveau des centres de santé (CS) peut être décrite comme la mesure par laquelle les CS sont en mesure de continuer à fournir un ensemble minimal de services et de maintenir au moins des normes de qualité minimales pendant les périodes de chocs. Au niveau individuel, il s'agit de la mesure dans laquelle les individus et les couples qui souhaitent commencer ou continuer à prévenir l'apparition d'une ou plusieurs grossesses non désirées sont à même de le faire, indépendamment des perturbations de service. La continuité contraceptive des services est importante dès lors que : (1) le risque d'une grossesse non désirée ne disparaît pas en période de crise. Les femmes sont souvent confrontées à des risques accrus et à des obstacles supplémentaires aux services de contraception, (2) la capacité des individus à accéder aux services de planification familiale et à les utiliser efficacement est sensible au temps : l'utilisation incorrecte ou retardée de contraceptifs réduit considérablement leur efficacité, (3) les femmes, les filles et les couples ont le droit de prévenir les grossesses non désirées en poursuivant leur méthode actuelle, en commençant une nouvelle méthode de leur choix, en accédant à la contraception d'urgence ou en passant à une autre méthode. Les femmes et les jeunes ont également le droit de chercher à se faire retirer le contraceptif si elles éprouvent des effets secondaires, souhaitent une grossesse ou souhaitent changer de méthode, et (4) prévenir les grossesses non désirées peut sauver des vies et peut éviter les avortements non médicalisés, la mortalité maternelle et néonatale, et la morbidité. Les deux tiers des décès maternels évitables et 45 % des décès de nouveau-nés se produisent dans des pays touchés par des conflits récents, des catastrophes naturelles, ou les deux³³.

Résultats attendus de la sous-subvention :

- 1) Les CS sont prêts à continuer à fournir un dispositif minimum d'urgence et à maintenir au moins une norme de qualité minimale pendant les périodes de chocs, qui sont susceptibles d'entraîner des perturbations de l'accessibilité ou de la prestation de services, que ce soit au cours d'une

simulation en direct ou dans un contexte réel.

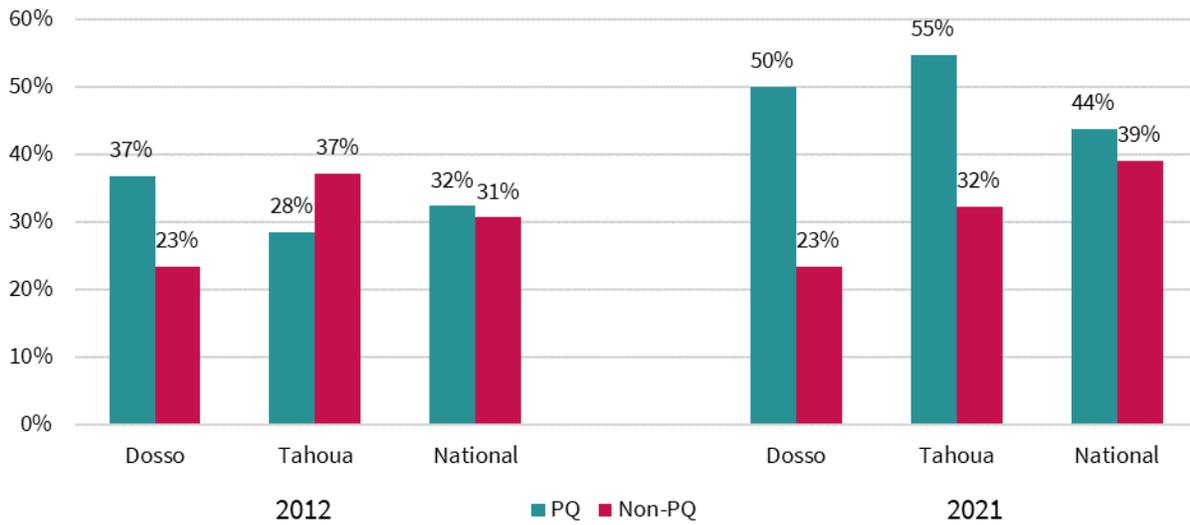
- 2) Les CS et les communautés établissent et mettent en œuvre des mécanismes visant à faciliter la responsabilisation mutuelle en vue d'améliorer la qualité, la préparation à la continuité des services et l'adoption des services.
- 3) Enseignements documentés et étayés par des données pour la mise en place et la mise en œuvre d'une approche écosystémique visant à favoriser la continuité des services de PF/SR pendant les périodes de chocs et de stress.

Volet V : Planification familiale post-partum à base communautaire

Finalité : Le MIHR cherche à s'engager avec les organisations nigériennes locales travaillant à promouvoir et à fournir des services de santé maternelle, néonatale et infantile au niveau communautaire dans les régions de Dosso et/ou du Tahoua en vue de faciliter l'accès à une planification familiale post-partum (PPFP) de qualité, ainsi que des services pour les personnes qui souhaitent espacer ou limiter leurs grossesses.

Raison d'être : La planification familiale du post-partum immédiat (PFPI), décrite comme fournissant des conseils et des services contraceptifs dans le cadre des soins fournis pendant l'accouchement, est une méthode éprouvée pour augmenter l'utilisation de contraceptifs après l'accouchement, et est susceptible de réduire à la fois les grossesses non désirées et les grossesses trop rapprochées. La prestation de cette pratique à haut impact (PHI) a été principalement conçue pour les femmes qui accouchent dans un centre de santé où le conseil et les services contraceptifs sont fournis avant la sortie du CS, dans les 48 heures ou 2 jours après l'accouchement³⁴. Dans certains milieux fragiles, un nombre considérable de femmes ont toutefois tendance à accoucher en dehors des CS, et leur accouchement n'est généralement pas suivi par un prestataire qualifié (médecin, gynécologue, infirmier ou une sage-femme). Les accouchements sont plutôt effectués par une accoucheuse traditionnelle (AT) et/ou des membres de la famille. Ces situations limitent l'accès des femmes en post-partum aux services de PFPI tels qu'ils sont généralement conçus, ce qui se traduit globalement par un faible niveau d'adoption de ceux-ci. Un examen des données de l'Enquête nationale sur la fécondité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de l'Enquête démographique et de santé de 2012 indique une amélioration du nombre d'accouchements se produisant dans des centres de santé et effectués par des prestataires qualifiés. Le pourcentage d'accouchements se produisant dans des centres de santé est passé de 33 % en 2012 à 45 % en 2021. En outre, 43,7 % des accouchements ont été effectués par un prestataire qualifié en 2021, soit une augmentation par rapport à 32,3 % en 2012^{2,3}. Il existe également des variations régionales considérables, bien que la tendance soit semblable aux données nationales (figure 3).

Figure 3: Présence pendant l'accouchement, 2012 et 2022



En 2018, le projet Track20 a estimé qu'au total 22 % des femmes en post-partum utilisaient une méthode moderne de planification familiale 6 mois après l'accouchement, et que les femmes qui accouchaient dans un CS étaient plus susceptibles d'utiliser la contraception post-partum (33 %) que celles qui accouchaient à la maison (16 %). En outre, il a été estimé qu'environ 15 % des femmes qui accouchaient dans des CS utilisaient une méthode de contraception moderne un mois après l'accouchement, indiquant une possibilité de renforcer les faibles niveaux actuels de PFPPI³⁵. La prestation communautaire de services de PFPPI est possible par le biais des AT, des matrones (cadres auxiliaires fournissant des soins à l'accouchement dans le cadre d'un CS ou non, mais qui ne sont pas considérées comme faisant partie des AT selon les normes de l'OMS) et des ASC qui, selon les recommandations mondiales fondées sur des données probantes, sont déjà encouragés à promouvoir et à proposer des contraceptifs de courte durée au sein de la communauté et à renvoyer les autres méthodes vers les CS³⁶.

Il a été démontré que l'adoption de la PFPPI et la planification familiale post-partum en général fonctionnent mieux lorsque l'information relative à la contraception et le conseil sont fournis dans l'ensemble du continuum des points de contact, depuis les consultations prénatales (CPN), pendant le travail et l'accouchement et jusqu'aux consultations postnatales (CPON). Certaines lacunes empêchent la création de liens entre les services de contraception et les services d'accouchement pendant la période du post-partum immédiat en dehors des CS, notamment :

- La connaissance inadéquate des AT relativement à la fourniture d'informations, de conseils et de services en matière de contraception, y compris les besoins non satisfaits de contraception parmi les femmes en post-partum et de retour à la fertilité après l'accouchement.
- Certaines des approches traditionnelles d'espacement des naissances ne sont pas adéquatement pratiquées. À 21 %, l'allaitement maternel exclusif (AME) est faible au Niger et dure pour la courte période de 2,1 mois (une augmentation par rapport à 0,6 mois en 2012, mais inférieure aux recommandations de 6 mois), rendant la mère plus vulnérable à une grossesse non désirée peu de temps après l'accouchement, et mettant en péril la santé et l'immunité de son nourrisson^{2,3}.

- Les AT/Rcoms/ADBC sont peu engagés dans le soutien des soins maternels et néonataux dans l'ensemble du continuum des soins. Comme indiqué dans le tableau 2 ci-dessous, les AT et les Rcoms/ADBC jouent un rôle limité dans le soutien des soins prénatals et postnatals chez les femmes au Niger.

Tableau 2 : Pourcentage de femmes ayant reçu des services d'ANC et de PNC par prestataire, 2013

Domaine	Points de contact avec le prestataire (%)						PNC étendu - 42 jours (%)
	SPN			SPON - 2 jours post-partum			
	Qualifié	AT/Rcoms/ADBC	Aucun	Qualifié	AT/Rcoms/ADBC	Aucun	Tous
Dosso	87	10,2	2,8	37	2,1	60,9	39
Tahoua	85,3	7	7,8	46,8	0,9	52,3	48,1
National	84	6,9	8,8	32,9	1	66,1	34,6

Selon l'Enquête démographique et de santé de 2012, les femmes enceintes nigériennes semblent associer des besoins différents à différents prestataires de soins dans l'ensemble du continuum des soins, à savoir principalement les prestataires qualifiés pour les soins prénatals, puis les prestataires qualifiés et AT à part presque égale, puis les prestataires qualifiés à nouveau pour les SPON. Toutefois, peu de femmes en post-partum ont accès aux services de SPON (tableau 2).

Résultats attendus de la sous-subsvention :

- 1) Les femmes enceintes sont informées et conseillées sur les options de planification familiale post-partum (y compris le soutien relatif à la prise de décision éclairée sur la PFPP, le choix de la méthode et la source) avant le travail et l'accouchement. L'information est fournie lors des contacts liés aux soins postnatals, dans les 24 heures suivant l'accouchement, puis entre 48 et 72 heures, entre 7 et 14 jours, et au cours de la 6e semaine après l'accouchement, tel que recommandé par l'OMS³⁷.
- 2) Les femmes qui accouchent chez elles sont informées et/ou référées de manière à avoir accès aux services PFPP au niveau des CS
- 3) L'accès et l'utilisation des services communautaires de PFPP par les jeunes devenant parents pour la première fois : informations et services de planification familiale post-partum.

SECTION 2 : INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉLIGIBILITÉ

Les candidats qui postulent pour cette opportunité doivent satisfaire aux exigences d'éligibilité organisationnelles suivantes :

1. Répondre aux critères établis par l'Initiative pour la recherche de nouveaux partenariats de l'USAID. (Voir l'annexe 1 pour de plus amples renseignements sur la NIP)
2. Conformément à la partie 25.110 du titre 2 du Code des règlements fédéraux (2 CFR 25.110), une organisation doit faire ce qui suit avant que l'agent chargé de l'accord (AO) puisse accepter la soumission finale :
 - a. Être enregistré dans le système SAM du gouvernement des États-Unis

- (<http://www.sam.gov>) ;
- b. Fournir un identifiant d'entité unique (UEI) valide dans sa soumission, ou bien faire une demande pour l'obtention d'un UEI et confirmer le numéro du Bureau de service fédéral (FSD) dans sa soumission (voir le [Guide pour obtenir un identifiant d'entité unique](#)) ; et
 - c. Maintenir en permanence un enregistrement SAM actif contenant des renseignements à jour lorsqu'une subvention fédérale ou une demande est active, ou qu'un plan est à l'étude par un ministère ou un organisme fédéral qui accorde des subventions.
3. Capacité à satisfaire l'évaluation des risques avant l'attribution. Le MIHR doit évaluer les risques posés par les candidats avant d'attribuer une subvention selon les principes établis par l'USAID et par le Bureau de la gestion et du budget (OMB) (voir 2 CFR 200.205). Le MIHR mènera par conséquent un examen afin d'éclairer une évaluation des risques avant l'attribution. Le MIHR peut débiter cette évaluation pendant la phase de sélection initiale, ou bien attendre que le candidat soit invité à travailler avec le MIHR.
 4. Les candidats doivent être enregistrés comme travaillant au Niger et être en règle avec les autorités fiscales et les règlements gouvernementaux pertinents.
 5. Les candidats doivent avoir une présence actuelle ou antérieure (5 ans minimum) au Niger. Une expérience de travail dans la région de Dosso et/ou Tahoua est fortement souhaitable.
 6. Les candidats doivent démontrer être des organisations crédibles jouissant d'une bonne réputation auprès des intervenants dans les domaines proposés pour travailler dans la région de Dosso et/ou Tahoua.
 7. Les candidats doivent posséder une expérience technique dans la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes en matière de planification familiale et de santé reproductive.

SECTION 3 : CRITÈRES POUR L'ÉVALUATION DE LA PROPOSITION

Application technique : critères d'évaluation

Le candidat doit noter que ces critères servent à : (1) identifier les questions importantes que le candidat doit aborder dans sa demande ; et (2) servir de norme pour évaluer toutes les demandes.

Analyse de la situation (5 points)

Cette section doit démontrer que le candidat possède une bonne compréhension des interventions dans le district où il se propose de travailler, du contexte dans lequel le projet se situe, et du rôle joué par les CS et par leurs communautés pour assurer la résilience. Une analyse solide doit fournir :

1. Une description du contexte du district démontrant une bonne compréhension et connaissance des domaines d'intervention ;

2. Une description du rôle que l'engagement communautaire peut jouer pour garantir l'appropriation, la résilience et la durabilité des interventions clés.

Approche stratégique, hypothèses et contraintes (30 points)

Cette section doit fournir une description claire des stratégies globales, des activités et des détails des interventions techniques et des activités/tâches proposées pour obtenir des résultats dans les volets respectifs. Les examinateurs évalueront la qualité globale et la faisabilité de l'approche technique.

Une conception technique solide permet de :

1. Fournir une description claire de la stratégie du candidat et décrire comment les approches proposées renforceront efficacement la résilience des programmes/services de PF/SR pour améliorer les résultats en matière de PF/SR, en particulier dans les milieux fragiles et en période de chocs et de stress ;
2. Documenter l'approche du candidat en matière d'engagement communautaire ;
3. Fournir les principales hypothèses et contraintes prévues liées au plan d'action proposé ; décrire en détail les mécanismes et/ou approches qui seront appliqués pour anticiper ces contraintes et y répondre ;
4. Faire preuve de cohérence avec les principes d'orientation généraux énumérés dans le présent AAC pour le MIHR dans les régions d'intervention ;
5. Décrire et quantifier de manière appropriée les parties prenantes/bénéficiaires visés et les questions à traiter par rapport à certains, ou à l'ensemble de ces sous-groupes ;
6. Veiller à ce que les considérations de genre et relatives aux jeunes soient dûment intégrées.

Plan de suivi, d'évaluation, de recherche et d'apprentissage (MERL) (15 points)

Cette section fournit une description des systèmes et mécanismes de suivi qui seront utilisés. Le plan de suivi et d'évaluation doit être clair, réaliste et susceptible de générer des informations qui contribueront aux résultats globaux du projet.

1. Le candidat doit clairement décrire comment il compte assurer le suivi et évaluer les progrès dans les domaines d'intervention.
2. La structure/le personnel du programme devra inclure des ressources adéquates pour entreprendre des activités de suivi et d'évaluation, et pour l'établissement des rapports.
3. Les indicateurs spécifiés dans le plan MERL préliminaire et les sources de données proposées doivent être viables pour les résultats proposés.
4. Les données et les informations seront ventilées par sexe chaque fois que possible.
5. Le calendrier du candidat doit être réaliste, mais suffisamment ambitieux pour atteindre les résultats du projet.
6. Le candidat doit démontrer comment il prévoit de documenter les leçons apprises et les meilleures pratiques de la mise en œuvre du programme.

Plan de gestion et de dotation en personnel (15 points)

Cette section décrit en détail comment le candidat prévoit de gérer le programme. Le candidat doit identifier le personnel clé et les autres postes pertinents.

Le candidat doit proposer un plan de dotation en personnel décrivant le personnel travaillant sur le projet et ses responsabilités respectives, et fournir un organigramme décrivant le personnel prévu au

niveau du district et de la communauté. Le représentant technique de l'organisation est considéré comme un membre clé du personnel, et son CV doit être joint. Les candidats peuvent soumettre des CV d'un maximum de quatre pages pour les autres membres du personnel participant à leur demande, afin de mettre en évidence leur expérience et leurs capacités de mise en œuvre. Les candidats sont encouragés à prendre en compte tout membre existant du personnel technique en matière de PF, de genre ou de travail avec les jeunes.

Le plan de dotation en personnel proposé doit inclure au moins un membre du personnel/responsable technique en matière de PF. Les candidats ne seront pas pénalisés s'ils ne disposent pas d'une expertise technique supplémentaire au-delà de ce minimum. Le MIHR fournira un soutien continu au renforcement des capacités des ONG partenaires sélectionnées de manière à combler toute potentielle lacune technique ou organisationnelle, en soutien à la vision de la NPI.

Déclaration de capacité de l'organisation (Annexe 4) (15 points)

- a) L'organisation devra satisfaire aux capacités minimales prescrites dans les domaines suivants :
- Un système de gouvernance par conseil d'administration ou comité de surveillance
 - Une structure et des systèmes organisationnels
 - Un système de gestion des ressources humaines pour la santé
 - Des systèmes pour les achats et l'approvisionnement
 - Des systèmes pour le contrôle interne et la comptabilité
 - Des systèmes de gestion de projet et de gestion des performances (S&E)
- b) La crédibilité de l'organisation au sein de la communauté
- c) L'ouverture au soutien technique et à la gestion du changement
- d) Le niveau des besoins en matière de renforcement des capacités au regard des délais nécessaires pour obtenir des résultats.

Performances antérieures (20 points)

- 1) Expérience préalable
- a) Performances antérieures dans le cadre de projets financés par l'USAID et d'autres projets financés par des donateurs
 - b) Performances antérieures en matière de mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes au Niger dans des domaines pertinents pour les volets respectifs.
- 2) Références
- a) Y compris au moins trois références qui ont été impliquées dans les travaux antérieurs. Le MIHR choisira des références parmi les performances antérieures répertoriées.

Proposition financière : critères d'évaluation

La proposition financière sera évaluée en fonction de la rentabilité et de la façon dont le budget est lié à la description du programme demandé. Les coûts proposés seront évalués du point de vue de leur réalisme, caractère raisonnable, affectation, éligibilité et rapport coût-efficacité.

Le budget proposé, qui inclura :

- a) Le personnel, y compris le niveau d'effort (LOE) pour chaque activité dans le cadre du calendrier proposé
- b) Les frais de voyage et de logistique liés à la collecte des données et tout autre coût connexe
- c) Les coûts d'analyse et de gestion des données, y compris le nettoyage, la traduction, la transcription et tout autre coût connexe
- d) Les équipements et fournitures (par exemple, l'EPI, etc.)
- e) Les communications (par exemple, les cartes SIM, etc.)
- f) Tout autre coût requis, le cas échéant

SECTION 4 : INSTRUCTIONS POUR LA SOUMISSION DES CANDIDATURES

Les candidats sont encouragés à informer l'IMA de leur intention de présenter leur candidature en envoyant un e-mail à info@momentumihhr.org. La ligne d'objet doit inclure le numéro de l'AAC (MIHR Niger – NPI – AAC – 001).

Questions et réponses

Les questions concernant cet appel à candidatures doivent être soumises par courrier électronique à l'adresse suivante info@momentumihhr.org avant **17 h, heure nigérienne, le 7 OCTOBRE 2022**. Les questions reçues après la date limite indiquée pour l'envoi de questions risquent de ne pas recevoir de réponse.

Le processus de candidature n'inclura qu'une seule série de question et réponses. Les candidats sont par conséquent tenus de soumettre toutes leurs questions avant la date limite indiquée dans la lettre d'accompagnement ; un document de questions et réponses sera ensuite partagé avec tous les candidats potentiels intéressés le ou autour du **14 OCTOBRE 2022**. Toute information donnée à un candidat éventuel concernant le présent AAC sera fournie au plus vite à tous les candidats éventuels à titre d'amendement à cette demande de candidature.

Instructions générales pour la préparation de la candidature

Le candidat est encouragé à lire l'appel à candidatures dans son intégralité, à s'assurer que sa demande répond à tous les points cités dans les instructions relatives à la demande, et à veiller à ce qu'elle réponde aux critères d'éligibilité. Les candidats doivent examiner, comprendre, respecter et répondre à tous les aspects du présent AAC.

Les demandes qui ne sont pas conformes à cet appel à candidatures seront classées comme non

recevables, et seront exclues de tout examen ultérieur. Les demandes doivent être préparées en deux parties distinctes, mais connexes : l'approche technique, et la partie relative aux coûts. L'approche technique doit porter sur les aspects techniques uniquement, tandis que la partie relative aux coûts doit présenter le budget accompagné des notes explicatives associées à celui-ci.

LANGUES : Toutes les informations figurant dans l'approche technique et la partie relative aux coûts doivent être présentées en français. Une demande présentée dans une autre langue sera considérée comme non recevable, et sera exclue de tout examen ultérieur.

LIMITE DE PAGES POUR LES APPLICATIONS TECHNIQUES : Jusqu'à 15 pages. Les organisations ne sont pas tenues de soumettre une demande de 15 pages, mais les demandes ne doivent pas dépasser 15 pages. Les éléments suivants ne sont pas inclus dans la limite de vingt pages : la table des matières, la liste des acronymes et les annexes (c.-à-d. le plan de travail préliminaire, le plan préliminaire de suivi et d'évaluation, le plan de dotation en personnel et les CV, etc.).

FORMAT : Les instructions relatives au contenu et au format doivent être suivies comme indiqué ci-dessous, au risque que la demande soit considérée comme non conforme et exclue du processus d'examen.

- Papier au format lettre standard avec marges de 1 pouce sur toute la longueur, recto, espacement simple et justifié à gauche.
- Les pieds de page doivent inclure les numéros de page et le nom de l'organisation.
- Écrit en français.
- Pas moins de 11 points, police Times New Roman pour tous les exposés narratifs.
- Pas moins de 10 points, police Times New Roman pour les graphiques/diagrammes, tableaux et zones de texte.
- La demande technique doit être au format Word 2010 ou ultérieur, éditable et consultable, ou au format PDF 2010 ou ultérieur, selon le cas.
- La planification des coûts doit inclure une feuille de calcul Excel ne contenant aucune formule ou feuille masquée, et toutes les cellules doivent être déverrouillées. Une version PDF 2010 ou ultérieure de la feuille de calcul Excel peut être soumise en plus de la version Excel à la discrétion du candidat ; toutefois, la soumission officielle de la partie de la demande relative aux coûts sera la version Excel déverrouillée.
- Les montants du budget doivent être détaillés en dollars américains (USD) et la date de début prévue de janvier 2023 doit être utilisée dans la partie de la demande relative aux coûts.

Instructions relatives à la soumission

ÉCHÉANCE : Les demandes/propositions en réponse à l'AAC en question doivent être soumises par courrier électronique à l'adresse suivante info@momentumihhr.org **au plus tard le 28 OCTOBRE 2022 à 17 h, heure du NIGER.** La ligne d'objet doit inclure le numéro de l'AAC (MIHR Niger – NPI – AAC – 001).

Veillez noter que le MIHR et l'IMA n'acceptent aucune responsabilité en cas de retard dans la

transmission ou la réception des candidatures. Les candidatures reçues après la date ou l'heure spécifiée risquent de ne pas être prises en compte.

EXAMEN : les demandes seront examinées pour confirmer leur recevabilité à l'AAC et vérifier la conformité de leur format. Section 3 : Les critères d'évaluation des propositions portent sur les procédures d'examen technique des demandes. Aucun ajout ou modification ne sera accepté après la date de soumission. Les demandes soumises en retard ou incomplètes ne seront pas considérées. Les renseignements supplémentaires non requis pour l'AAC, mais inclus dans la demande seront supprimés, et peuvent nuire à l'évaluation ou à l'examen d'un candidat. Les demandes qui ne sont pas présentées en deux parties distinctes, à savoir l'approche technique et la partie relative aux coûts (proposition financière), ne seront pas prises en considération.

PAGE DE GARDE : Les demandes doivent inclure une page de garde d'une page sur un en-tête officiel de l'organisation contenant les renseignements suivants :

- Le numéro de l'AAC (MIHR Niger – NPI – AAC – 001)
- Le nom légal, l'adresse et le numéro de téléphone de l'organisation ou des organisations qui soumettent la demande.
- L'identification et la signature de la personne-ressource autorisée (nom, titre, organisation, adresse postale, numéro de téléphone et adresse électronique) et l'identification de la personne-ressource alternative (nom, titre, organisation, adresse postale, numéro de téléphone et adresse électronique).
- Numéro de volet (par exemple, I à V).
- Description de l'intérêt de l'entité à collaborer avec le projet MIHR.
- L'identifiant unique de l'entité (UEI). Les candidats doivent posséder un identifiant d'entité unique (UEI) valide, ou bien faire une demande pour l'obtention d'un UEI et confirmer le numéro du Bureau de service fédéral (FSD) dans leur soumission.
- La signature de la personne-ressource autorisée

DOCUMENTATION REQUISE – Outre l'approche technique et la partie relative aux coûts, les candidats doivent soumettre les documents décrits ci-dessous sous forme de pièces jointes. Aucun de ces documents n'est inclus dans la limite de pages indiquée pour l'approche technique.

- Une copie du certificat d'enregistrement valide.
- Une copie des statuts et du règlement intérieur de l'organisation.
- Une copie des états financiers vérifiés les plus récents.

MÉTHODE DE SOUMISSION – Le dossier de demande complet doit être présenté sous format électronique UNIQUEMENT avant la date et l'heure spécifiées à info@momentumihhr.org, accompagné du numéro de l'AAC (MIHR Niger – NPI – AAC – 001) dans la ligne d'objet. Aucune demande envoyée par courrier ou sur papier ne sera acceptée. Les soumissions envoyées par e-mail doivent inclure le numéro de l'AAC (MIHR Niger – NPI – AAC – 001) et le nom de l'organisation dans le titre de la ligne d'objet. En outre, pour les applications envoyées via plusieurs e-mails, la ligne d'objet doit également indiquer si l'e-mail est lié à l'approche technique ou à la partie relative aux coûts, ainsi que la séquence souhaitée des e-mails et de leurs pièces jointes (par exemple, « n° 1 de 4 », etc.). Par exemple, si la partie relative aux coûts est envoyée via deux e-mails, le premier e-mail doit

comporter une ligne d'objet indiquant : « MIHR Niger – NPI – AAC – 001, nom de l'organisation, partie de la demande relative aux coûts, partie 1 de 2 ». Les fichiers ne doivent pas dépasser 25 Mo par e-mail.

La réception de cette demande ne constitue pas un engagement d'attribution de la part d'USG, d'USAID ou d'IMA, et n'engage aucune de ces entités à payer les frais engagés pour la préparation et la soumission des candidatures. L'IMA et l'USG se réservent le droit de ne financer aucune et/ou toutes les demandes reçues.

Toutes les demandes soumises avant la date limite, sauf celles qui sont jugées inadmissibles, seront examinées par un comité technique, qui évaluera les demandes selon les critères de sélection ci-dessous. Le comité déterminera quels organismes seront recommandés pour l'obtention d'un financement sur la base des réponses soumises aux critères d'évaluation.

Tous les candidats sélectionnés seront informés par e-mail une fois la sélection effectuée. La recommandation de financement dépendra de la disponibilité des fonds et de l'approbation du représentant de l'agent chargé de l'accord (AOR) de l'USAID.

CODE GÉOGRAPHIQUE AUTORISÉ – Le code géographique autorisé pour l'acquisition de biens et de services dans le cadre de ce contrat est le 937.

ÉVALUATION – L'IMA évaluera les offres recevables et techniquement acceptables conformément aux facteurs d'évaluation de la section « Critères d'évaluation des propositions »

Application technique

L'application technique doit inclure les sections suivantes :

1. Page de garde (1 page)

Inclure le nom de l'organisme qui soumet la demande, le titre du programme, le numéro de volet, le lieu (région – Dosso et/ou Tahoua), l'identifiant unique de l'entité (UEI), les noms, les adresses professionnelles, le numéro de téléphone et de télécopieur, l'e-mail et la signature d'un point de contact autorisé.

2. Table des matières (1 page)

3. Acronymes (1 page)

*** Les numéros de page 1 à 3 ci-dessus ne sont pas inclus dans la limite de 20 pages*

4. Approche technique (max. 10 pages)

a. Analyse de la situation – 1 page

L'analyse de la situation doit fournir une brève justification fondée sur des données pour les approches, les stratégies et les interventions proposées, et doit démontrer une compréhension des aspects socioculturels, de la fragilité, des chocs et des stress ainsi que des autres facteurs qui influencent les résultats dans le cadre des cinq volets respectifs.

Cette section doit porter une attention particulière aux possibilités et aux obstacles au travail programmatique tels que la présence ou l'absence de ressources et de capacités. Les candidats sont tenus d'**offrir des informations supplémentaires** au-delà de ce qui est présenté dans la section de la description du programme, sur la base de leur expérience de travail au Niger. Dans l'ensemble, cette section doit établir que le candidat possède une compréhension suffisante de la situation ainsi que du contexte actuel et évolutif du programme proposé.

b. Approche stratégique, hypothèses et contraintes – 8 pages

Dans cette section, le candidat doit décrire les activités principales, les stratégies et les approches fondées sur des données probantes que son organisation propose de mettre en œuvre en vue d'atteindre les résultats énumérés pour les volets respectifs de I à V. Les candidats **sont vivement encouragés à proposer des pratiques innovantes déjà mises en œuvre au Niger et dont l'efficacité a été démontrée**. Les candidats doivent également tenir compte de pratiques fondées sur des données probantes, y compris les PHI (accessibles [ici](#)). Les activités doivent également être résumées dans un plan de travail préliminaire, qui sera présenté sous forme de pièce jointe à la proposition technique à l'aide du modèle fourni à l'annexe 3 du présent AAC.

Le candidat doit clairement décrire **comment il sera en mesure d'atteindre les résultats spécifiques en s'alignant sur les priorités et les stratégies du ministère de la Santé**, comme indiqué dans le PANB 2021-2025 (disponible [ici](#)) et dans les engagements du pays dans le cadre de FP2030 (trouvés [ici](#)). Les candidats ne doivent pas décrire ce qu'ils ont pu réaliser dans le passé ; cette section porte sur ce qu'ils proposent de réaliser dans le cadre de ce programme. Veuillez souligner les approches qui seront utilisées pour atteindre ces résultats, y compris les types d'activités et de processus.

En ce qui concerne l'approche technique, le candidat peut souhaiter accorder une attention supplémentaire à la façon dont il entend atteindre les **indicateurs de performance** qu'il inclura dans le plan préliminaire de suivi et d'évaluation. Le candidat doit en outre aborder la façon dont la mise en œuvre du programme sera **coordonnée avec les mécanismes de coordination existants** au niveau du district.

Le candidat doit mettre en évidence la ou les **approches proposées pour l'engagement communautaire et l'adhésion**. Le candidat doit décrire clairement comment il prévoit de faciliter et de travailler avec les divers groupes communautaires identifiés, et comment les liens opérationnels entre les divers groupes communautaires, les fournisseurs traditionnels et les établissements de santé seront établis et développés, le cas échéant.

Le candidat doit également décrire comment **les considérations relatives aux questions de genre et aux jeunes** seront intégrées dans les activités.

Le candidat doit identifier les bénéficiaires visés du programme et la façon dont leur situation sera modifiée par le programme proposé. Une estimation du nombre de bénéficiaires ventilée par genre doit être incluse et, le cas échéant, le candidat doit aborder la question des différentes approches à utiliser avec les bénéficiaires masculins et féminins ainsi que la manière dont les disparités de genre peuvent être résolues.

Enfin, une section doit également décrire les hypothèses et contraintes principales susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité à obtenir des résultats et la façon dont

le candidat prévoit de les aborder.

5. Plan de suivi et d'évaluation (2 pages)

- a. Un suivi et une évaluation internes efficaces des activités, des extrants et des résultats sont essentiels pour assurer la transparence et les leçons apprises, ainsi que pour satisfaire aux exigences de rapport mensuelles de ce projet. Cette section de la demande doit contenir une description des éléments suivants :
 - i. la capacité actuelle de l'organisation du candidat à assurer le suivi et à évaluer le rendement relatif au projet.
 - ii. comment le programme proposé recueillera les données pertinentes relatives à la mise en œuvre, comment il assurera le suivi des progrès et des résultats de cette mise en œuvre, et comment il mesurera les résultats du projet.
 - iii. comment le candidat recherchera et diffusera les leçons apprises et les meilleures pratiques de la mise en œuvre du projet.
 - iv. comment les données et les informations relatives au genre seront recueillies et utilisées.
 - v. en cas de proposition d'innovation, comment le candidat évaluera ladite innovation.
- b. De plus, le candidat doit décrire les activités programmatiques et les indicateurs/résultats par ordre chronologique dans un plan de suivi et d'évaluation. Les candidats doivent inclure des indicateurs à titre d'exemple, en commençant par ceux proposés à la section A, le cas échéant, pour les objectifs et les activités principaux proposés au cours de la période de subvention.

6. Plan de gestion et de dotation en personnel (4 pages maximum)

- a. Cette section décrit en détail comment le candidat prévoit de gérer le programme. Le candidat doit identifier le personnel clé et les autres postes pertinents au programme.
- b. Le candidat doit proposer un plan de dotation en personnel robuste, décrivant le personnel travaillant sur le projet et ses responsabilités respectives, et fournir un organigramme (en annexe) décrivant le personnel envisagé. Les candidats sont encouragés à soumettre des CV d'un maximum de quatre pages pour les membres du personnel principaux participant à leur demande, afin de mettre en évidence leur expérience et leurs capacités de mise en œuvre.

7. Capacités de l'organisation (2 pages maximum)

- a. Le candidat décrira la mission et les objectifs de l'organisation, sa capacité technique actuelle à soutenir le volet pertinent ainsi que son expérience pertinente au Niger (en particulier dans la région de Dosso et/ou Tahoua) en rapport avec les domaines techniques inclus dans le présent AAC. Les candidats doivent s'abstenir d'indiquer leurs performances antérieures pour décrire leurs capacités. Celles-ci seront plutôt répertoriées dans une section distincte, conformément aux instructions ci-dessous.

- b. Le candidat doit également décrire son expérience similaire dans la gestion de subventions ou de contrats de taille et de complexité similaires accordés par différents donateurs, y compris par le gouvernement américain. Le candidat doit également décrire sa forte présence organisationnelle au sein des districts, ses relations de travail avec les communautés et d'autres acteurs clés, ainsi que démontrer une compréhension suffisante de la situation et du contexte actuel et évolutif du projet MIHR.

8. Performances antérieures (Annexe 5) (2 pages)

Les candidats doivent inclure une liste d'**au plus cinq** expériences de performances antérieures pertinentes. Pour chaque expérience, le candidat doit inclure les éléments suivants :

- La source des fonds
- Le montant du financement reçu
- Les régions où les activités ont été/sont mises en œuvre :
- La période du projet : (dates de début et de fin)
- La description du projet (en un maximum de 150 mots décrivant les objectifs, l'intervention, les réalisations et les leçons apprises)
- Les coordonnées de la personne-ressource de la source de financement

Proposition financière

Les candidats doivent soumettre leurs propositions de coûts dans une section séparée, qui n'est pas incluse dans le calcul du nombre de pages maximum de la proposition. Le dossier financier comprendra un budget global détaillé accompagné de commentaires. Le budget doit se rapporter aux résultats tout en indiquant un type de coût pour chaque activité, en soulignant que les coûts de l'activité/du projet proposé sont réalistes et raisonnables vis-à-vis du travail, conformément à la description du programme.

Afin de soutenir les coûts proposés, veuillez fournir un descriptif détaillé du budget pour tous les coûts, identifiant clairement la justification de ces coûts (tels que les études de marché, les devis, les salaires actuels, l'expérience historique, etc.). La combinaison des données relatives aux coûts, les ventilations et les commentaires susmentionnés doivent être suffisants pour permettre de déterminer si les coûts estimés sont réalistes et raisonnables.

- Veuillez utiliser les modèles fournis dans l'Annexe A (Budget).
- Le budget doit être présenté en dollars américains.

Le MIHR examinera la proposition relative aux coûts en parallèle à la proposition relative au programme afin de vérifier le caractère réaliste des coûts.

Consignes pour l'établissement du budget

Personnel/salaires – Fournir une liste des coûts liés au personnel (à l'exclusion des avantages

sociaux) pour chaque poste directement impliqué dans les activités du projet. Dresser une liste individuelle de tous les membres du personnel (par exemple, chercheur principal, gestionnaire de programme, etc.). La rémunération et les salaires directs doivent être proposés conformément aux politiques du candidat en matière de personnel

- Les salaires des personnes nommées doivent correspondre aux salaires effectifs courants.
- Pour le personnel « à déterminer », qui doit encore être embauché directement dans le cadre du projet/de l'activité, le taux suivra la structure salariale existante au sein de l'organisation pour un poste similaire.

L'exposé du budget doit inclure tous les postes ainsi que leurs salaires de base, exprimés selon leurs modalités de paiement. Par exemple, si une organisation paie ses employés selon un taux mensuel, l'unité de mesure du budget sera le mois, et le candidat utilisera le taux mensuel pour chaque employé. Le niveau d'effort (LOE) associé au projet proposé doit être indiqué pour chaque poste.

Avantages sociaux du personnel/cotisations locales – Il s'agit de tous les avantages sociaux dont bénéficiera le personnel rémunéré dans le cadre de ce projet. Il peut s'agir d'une assurance maladie, de prestations de sécurité sociale versées au gouvernement, d'allocations de chômage, d'allocations d'éducation, etc. Les prestations doivent être calculées sur la base des prestations d'emploi standard offertes par l'organisation dans laquelle ils travailleront, et doivent respecter les exigences minimales prescrites par le droit du travail local. Si une valeur en pourcentage est utilisée, une documentation formelle de validation du taux indirect est requise. Si celle-ci n'est pas disponible, il convient de fournir une ventilation détaillée de tous les avantages sociaux dans la description du budget afin d'expliquer chaque facteur pris en compte dans le calcul des postes.

Le modèle de budget comporte actuellement 1 % à titre d'exemple. Veuillez ajuster ce taux en conséquence.

Déplacements et transport – La catégorie relative aux déplacements et au transport couvre les coûts liés aux frais de déplacement du personnel ou des consultants qui sont directement liés à la mise en œuvre de l'activité/du projet proposé.

L'offre doit indiquer le nombre de voyages, nationaux et internationaux (le cas échéant), et les coûts estimés par voyage. Précisez l'origine et la destination de chaque voyage proposé, la durée du voyage et le nombre de personnes concernées. Inclure les coûts directement liés aux activités principales, y compris les dépenses relatives à tous les modes de transport, à l'hébergement, aux repas, à la location de véhicules et aux frais divers.

- Déplacements locaux, dans le pays même – Le taux des per diem dans le budget pour les déplacements locaux. Si votre organisation a établi une politique relative aux per diem, utilisez les taux indiqués dans cette politique et fournissez-en une copie. *(Les candidats peuvent choisir de se référer aux Federal Standardized Travel Regulations [Règlementation fédérale normalisée relative aux voyages] pour les estimations de coûts).*
- Déplacements internationaux

- Les taux des per diem internationaux budgétés ne doivent pas dépasser les taux du gouvernement des États-Unis prévus par le [Département d'État des États-Unis](#).
- Les billets d'avion seront en classe économique uniquement.

Équipement – Le candidat doit indiquer tous les équipements qu'il prévoit d'acheter et préciser le type, le nombre d'unités, le coût unitaire, le fabricant et le pays/la source prévus de l'achat.

Activités/ateliers/formation – Cette section doit inclure toutes les activités techniques ou programmatiques prévues dans le cadre de l'activité/du projet. Chaque activité doit faire l'objet d'un budget détaillé présentant tous les types de coûts relatifs à l'activité en question.

Les estimations de coûts doivent être basées sur les taux en vigueur dans le lieu où l'activité sera menée. Incluez tous les postes possibles dans le calcul. Veuillez consulter l'exemple ci-dessous (liste non exhaustive) :

Activité :	Organisation d'une formation dans la localité X
Dépenses possibles :	Location d'une salle et repas
	Location de matériel
	Matériel de formation
	Honoraires des conférenciers/honorarium

Pour calculer le budget, prenez note du nombre de participants, du coût unitaire, du nombre d'unités et de la durée de la formation.

Autres coûts directs – Autres coûts associés à la mise en œuvre de l'activité/du projet qui ne sont pas inclus dans une autre catégorie de coûts spécifiée ci-dessus. Des exemples incluent les communications, les fournitures de bureau, etc.

Coûts indirects – Les coûts indirects correspondent aux frais de soutien au fonctionnement de l'organisation candidate qui ne seront pas directement repris dans la subvention. Il peut s'agir de frais généraux ou de frais d'administration. Tous les candidats faisant état de coûts indirects dans leur budget doivent fournir la preuve que ce taux a été vérifié de manière indépendante par une tierce partie. Il peut s'agir d'une copie de l'Accord négocié de recouvrement des coûts indirects (NICRA) conclu avec une agence fédérale du gouvernement américain ou d'états financiers vérifiés par un auditeur indépendant indiquant clairement le taux indirect et la manière dont l'organisation l'a déterminé. Si aucun de ces deux documents n'est fourni, le candidat peut appliquer le taux de 10 % de minimis autorisé par l'USAID selon le règlement 2CFR200.414 Indirect (F&A) Costs.

Les institutions locales ne disposent généralement pas d'une lettre d'Accord négocié de recouvrement des coûts indirects (NICRA) avec le gouvernement américain. Par conséquent, le modèle de budget ci-joint indiquera 10 %. Si vous disposez d'un NICRA ou de tout autre document similaire pour un taux plus élevé, veuillez modifier le budget en conséquence et joindre une copie de ce document à votre proposition financière.

SECTION 5 – MODÈLES ET FORMULAIRES

Modèle de budget

Voir l'annexe A de l'AAC.

Liste de vérification de l'éligibilité

Les candidats qui postulent pour cette opportunité doivent satisfaire aux exigences d'éligibilité organisationnelles suivantes :

1. Être un « nouveau partenaire » ou un « partenaire sous-utilisé », comme décrit ci-dessous :
 - **NOUVEAU PARTENAIRE** Individu ou organisation qui n'a reçu aucun financement de la part de l'USAID en tant que partenaire principal au cours des cinq dernières années.
 - **PARTENAIRE NON TRADITIONNEL/SOUS-UTILISÉ** Organisation ayant reçu moins de \$25 millions de subventions directes ou indirectes de la part de l'USAID au cours des cinq dernières années. Précédemment dénommée « partenaire sous-utilisé », un terme toujours utilisé dans les documents techniques comme les sollicitations
2. Être une « entité locale » ou un « partenaire établi localement », comme décrit ci-dessous :
 - **ENTITÉ LOCALE** – une organisation :
 - légalement organisée en vertu des lois d'un pays qui reçoit l'assistance de l'USAID ;
 - dont le siège social ou lieu d'exploitation principal est situé dans un pays qui reçoit l'aide de l'USAID ;
 - majoritairement détenue par des individus étant citoyens ou résidents permanents légitimes d'un pays recevant l'aide de l'USAID ; et
 - gérée par un organe de direction dont la majorité sont des citoyens ou des résidents permanents légitimes du pays qui reçoit l'assistance de l'USAID.
 - **PARTENAIRE ÉTABLI LOCALEMENT** – Organisation américaine ou internationale qui travaille par le biais de modèles d'exploitation et de programmation dirigés localement.
 - A maintenu des opérations continues dans le pays pendant au moins cinq ans et a démontré une présence importante à long terme dans un pays en adhérant ou en respectant les points suivants :
 - Le personnel local forme au moins 50 % du personnel de bureau
 - Maintenance d'un bureau local dédié
 - Enregistrement auprès des autorités locales compétentes
 - Possède un compte bancaire local ; et
 - Met en œuvre un portefeuille de programmes localement
 - A démontré des liens avec la communauté locale, notamment :
 - Si l'organisation possède un organe de direction ou un conseil d'administration, celui-ci doit inclure une majorité de citoyens locaux (cela n'est pas obligatoire dans le pays d'accueil) ;
 - Une lettre d'appui d'une organisation locale pour attester de son travail ; et
 - Autres critères qu'une organisation propose pour démontrer ses racines locales
3. Être enregistré dans le système SAM du gouvernement des États-Unis (<http://www.sam.gov>) ;

4. Fournir un identifiant d'entité unique (UEI) valide dans sa soumission, ou bien faire une demande pour l'obtention d'un UEI et confirmer le numéro du Bureau de service fédéral (FSD) dans sa soumission (voir le [Guide pour obtenir un identifiant d'entité unique](#)) ;
5. Maintenir en permanence un enregistrement SAM actif contenant des renseignements à jour lorsqu'une subvention fédérale ou une demande est active, ou qu'un plan est à l'étude par un ministère ou un organisme fédéral qui accorde des subventions.
6. Posséder une capacité à satisfaire l'évaluation des risques avant l'attribution. Le MIHR doit évaluer les risques posés par les candidats avant d'attribuer une subvention selon les principes établis par l'USAID et par le Bureau de la gestion et du budget (OMB) (voir 2 CFR 200.205). Le MIHR mènera par conséquent un examen afin d'éclairer une évaluation des risques avant l'attribution.
7. Les candidats doivent être enregistrés comme travaillant au Niger et être en règle avec les autorités fiscales et les règlements gouvernementaux pertinents.
8. Les candidats doivent avoir une présence actuelle ou antérieure (5 ans minimum) au Niger. Une expérience de travail dans la région de Dosso et/ou Tahoua est fortement souhaitable.
9. Les candidats doivent démontrer être des organisations crédibles ayant une bonne réputation auprès des intervenants dans les domaines proposés pour travailler dans la région de Dosso et/ou Tahoua.
10. Les candidats doivent posséder une expérience technique dans la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes en matière de planification familiale et de santé reproductive.

Liste de vérification des documents

Tous les candidats doivent accompagner leur demande des éléments suivants :

1. La page de garde (1 page), comprenant l'en-tête officiel de l'organisation et les renseignements suivants :
 - Le numéro de l'AAC (MIHR Niger — NPI — AAC – 001)
 - Le nom légal, l'adresse et le numéro de téléphone du candidat
 - L'identification et la signature de la personne-ressource autorisée (nom, titre, organisation, adresse postale, numéro de téléphone, et adresse e-mail)
 - L'identification de la personne-ressource alternative (nom, titre, organisation, adresse postale, numéro de téléphone, et adresse e-mail)
 - Numéro de volet (par exemple, I à V)
 - Description de l'intérêt de l'entité à collaborer avec le projet MIHR
 - L'identifiant unique de l'entité (UEI) **ou**, si la demande d'obtention d'un identifiant unique vient d'être faite, le numéro du Bureau de service fédéral (FSD)
 - La signature de la personne-ressource autorisée
2. Une copie du certificat d'enregistrement (certificat d'immatriculation) valide
3. Une copie des statuts et du règlement intérieur de l'organisation
4. Une copie des états financiers annuels vérifiés les plus récents (rapport d'audit)

Approche technique

5. Sommaire
6. Acronymes
7. Analyse de la situation
8. Approche stratégique, hypothèses et contraintes
9. Plan de suivi, d'évaluation, de recherche et d'apprentissage (MERL)
10. Plan de gestion et de dotation en personnel :
 - a. La description du personnel travaillant sur le projet et de leurs responsabilités respectives
 - b. Un organigramme décrivant le personnel prévu au niveau du district et de la communauté
 - c. Le représentant technique de l'organisation est considéré comme un membre clé du personnel, et son CV doit être joint
 - d. Les CV des autres membres du personnel impliqués dans la demande (jusqu'à quatre pages chacun)
11. Un modèle de plan de travail préliminaire (Annexe 3)
12. La déclaration de capacité de l'organisation (modèle)
13. Les performances antérieures (expérience préalable + références) (modèle)

Proposition financière

14. Budget (Annexe A – Budget)

ANNEXE 1 : Définitions de l'Initiative de recherche de nouveaux partenariats

Les entités postulant pour cette opportunité doivent relever de l'une des [définitions de l'Initiative de recherche de nouveaux partenariats de l'USAID](#), c'est-à-dire qu'elles doivent être soit un « nouveau partenaire », soit un « partenaire sous-utilisé », comme décrit ci-dessous :

NOUVEAU PARTENAIRE Individu ou organisation qui n'a reçu aucun financement de la part de l'USAID en tant que partenaire principal au cours des cinq dernières années.

PARTENAIRE NON TRADITIONNEL/SOUS-UTILISÉ Organisation ayant reçu moins de \$25 millions de subventions directes ou indirectes de la part de l'USAID au cours des cinq dernières années. Précédemment dénommée « partenaire sous-utilisé », un terme toujours utilisé dans les documents techniques comme les sollicitations

ENTITÉ LOCALE — Une organisation :

1. légalement organisée en vertu des lois d'un pays qui reçoit l'assistance de l'USAID ;
2. dont le siège social ou lieu d'exploitation principal est situé dans un pays qui reçoit l'aide de l'USAID ;
3. majoritairement détenue par des individus étant citoyens ou résidents permanents légitimes d'un pays recevant l'aide de l'USAID ; et
4. gérée par un organe de direction dont la majorité sont des citoyens ou des résidents permanents légitimes du pays qui reçoit l'assistance de l'USAID.

PARTENAIRE ÉTABLI LOCALEMENT : Organisation américaine ou internationale qui travaille par le biais de modèles d'exploitation et de programmation dirigés localement. Partenaire établi localement :

1. A maintenu des opérations continues dans le pays pendant au moins cinq ans et a démontré une présence importante à long terme dans un pays en adhérant ou en respectant les points suivants :
 - le personnel local forme au moins 50 % du personnel de bureau
 - maintenance d'un bureau local dédié
 - est enregistré auprès des autorités locales compétentes
 - possède un compte bancaire local ; et
 - met en œuvre un portefeuille de programmes localement
2. A démontré des liens avec la communauté locale, notamment :
 - si l'organisation possède un organe de direction ou un conseil d'administration, celui-ci doit inclure une majorité de citoyens locaux (cela n'est pas obligatoire dans le pays d'accueil) ;
 - une lettre d'appui d'une organisation locale pour attester de son travail ; et
 - autres critères qu'une organisation propose pour démontrer ses racines locales

ANNEXE 2 : Contribution des activités d'ENGAGE NIGER au cadre de résultats du MIHR

Le MIHR vise à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infantiles et à accroître la résilience sanitaire des familles, des communautés et des États-nations. Le projet permettra également de faire progresser les connaissances mondiales sur le renforcement de la prestation de services de PF/SR/SMNI et le renforcement de la résilience dans les environnements fragiles. Vous trouverez ci-dessous un aperçu de la façon dont les activités des différents volets correspondent aux résultats intermédiaires (RI) du MIHR

	Volet I : Comportements positifs en matière de planification familiale	Volet II : Les adolescents et les jeunes	Volet III : L'auto-prise en charge de la contraception	Volet IV : Qualité et continuité des services de PF/SR	Volet V : PFPP à base communautaire
IR1.1 : Amélioration de la disponibilité des services dans le but de fournir des interventions de qualité en matière de PF/SR/SMNI, y compris les soins d'urgence.		X			
IR 1.2. Renforcement de la pratique de la PF/SR aux niveaux individuel, familial et communautaire.	X	X	X		X
IR 1.3 Augmentation de la demande et de l'utilisation d'interventions et de soins de qualité en matière de PF/SR par les individus, les familles et les communautés	X	X	X		X
IR1.4 : Amélioration des capacités de résilience sanitaire relatives à l'accès et à l'utilisation des services et des interventions de PF/SR.	X	X	X		X
IR2.1 : Renforcement de l'efficacité des institutions et systèmes nationaux pour une planification et gestion durables de services de qualité en matière de PF/SR.				X	
IR2.2 : Renforcement de la capacité des pays à aligner leurs politiques et lignes directrices en matière de PF/SR sur les normes internationales et les pratiques prometteuses.				X	X
IR2.3 : Renforcement de l'engagement auprès de la société civile, des institutions locales, des organisations communautaires (CBO) et des organisations professionnelles (FBO).	X	X	X	X	X
IR2.4 : Renforcement des capacités de résilience sanitaire des institutions des pays hôtes, des organisations locales et des prestataires pour la mise en œuvre d'interventions en matière de PF/SR.				X	
IR3.1 : Augmentation de la disponibilité et de l'utilisation de données appropriées et opportunes pour la prise de décision dans le cadre des politiques et des programmes relatifs à la PF/SR.	X	X	X	X	X
IR3.5 : Utilisation des données par les institutions/organisations locales dans des contextes fragiles afin de se préparer aux effets des chocs et des stress, et les atténuer.				X	

ANNEXE 3 : Modèle de plan de travail préliminaire

Voir l'annexe 3 jointe à l'AAC.

ANNEXE 4 : Déclaration de capacité de l'organisation

Voir l'annexe 4 jointe à l'AAC.

ANNEXE 5 : Performances antérieures de l'organisation

Voir l'annexe 5 jointe à l'AAC.

RÉFÉRENCES

- ¹Programme de Développement des Nations Unies. Rapport sur le développement humain. 2020. Niger. <https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/NER.pdf>
- ² Organisation de coopération et de développement économiques. Cadre multidimensionnel et méthodologie utilisés pour le rapport sur les États de fragilité. <http://www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/> (Consulté le 7 septembre 2022)
- ³ PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) 2022. Rapport sur le développement humain 2021/2022 : Temps incertains, vies bouleversées : Façonner notre avenir dans un monde en mutation. New York. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewfrpdf.pdf> (Consulté le 8 septembre 2022)
- ⁴ N. Dudwich et K. Kuehnast (2016). *Gender and Fragility : Ensuring a Golden Hour* (Genre et fragilité : garantir une heure d'or) Extrait de www.jstor.org/stable/resrep12263
- ⁵ Programme alimentaire mondial. Dossier national du Niger. Mai 2022. <https://www.wfp.org/countries/niger> (Consulté le 6 septembre 2022)
- ⁶ Track20. FP2030 Résumé des Indicateurs Principaux : Rapport d'étape annuel 2020-2021. <http://track20.org/download/pdf/2021%20Country%20Briefs/English/Niger%202021%20Summary%20Brief.pdf> (Consulté le 29 juillet 2022)
- ⁷ Institut National de la Statistique – INS/Niger et ICF International. 2013. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012. Calverton, Maryland, USA : INS/Niger et ICF International.
- ⁸ Institut National de la statistique (INS) et Utica International, 2022. Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de Moins de Cinq Ans au Niger 2021. Niamey, Niger et Columbia, Maryland, États-Unis : INS et Utica International.
- ⁹ Family Planning 2030. Engagement du Niger <https://fp2030.org/niger> (consulté le 22/08/2022)
- ¹⁰ Partenariat de Ouagadougou. Niger. <https://partenariatouaga.org/en/country/niger/> (Consulté le 22/08/2022)
- ¹¹Fonds des Nations Unies pour la population. (UNFPA) Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel (SWEDD) https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWEDD_ENG.pdf (consulté le 22/8/2022)
- ¹² République du Niger. Ministère de la Santé publique, de la Population et des Affaires sociales. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale (PANB) 2021-2025 du Niger http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/18577-19010_PANBNiger.pdf (Consulté le 29 juillet 2022)
- ¹³ Nations unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2019). Population mondiale 2019
- ¹⁴ Ministère de la Santé publique, 2019, Enquête sur l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA) au Niger en 2019
- ¹⁵ A. Stout, S. Wood, G. Barigye, A. Kaboré, D. Siddo, I. Ndione-Colli. Élargissement de l'accès à la contraception injectable : résultats de l'introduction pilote de l'acétate de médroxyprogestérone

sous-cutané (DMPA-SC) dans 4 pays africains. *Glob Health Sci Pract.* 2018 ; 6(1):55-72.
<https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00250>

¹⁶ Suivi des performances et responsabilité 2020 (PMA2020) Niger. 2021. Résultats de l'enquête de base de la phase 1, 2021 https://www.padata.org/sites/default/files/data_product_results/Niger%20Niamey_Phase%201_XS_Results%20Brief_French_Final_11Nov2021.pdf (consulté le 2 septembre 2022)

¹⁷ Suivi des performances et responsabilité 2020 (PMA2020) Niger. 2017. Vague 4, 2017. https://www.padata.org/sites/default/files/data_product_results/PMA2020-Niger-Niamey-R4-FP-Brief-FR.pdf (Consulté le 2 septembre 2022)

¹⁸ Z. Moore, A. Pfitzer, R. Gubin, E. Charurat, L. Elliott, T. Croft. *Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low-and middle-income countries* (Opportunités manquées de la planification familiale : une analyse du risque de grossesse et de l'utilisation de la méthode contraceptive chez les femmes post-partum dans 21 pays à revenu faible et intermédiaire). *Contraception.* 2015 ; 92(1):31-39.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.03.007> (Consulté le 2 septembre 2022)

¹⁹ S. Ahmed, Q. Li, L. Liu, A.O. Tsui. *Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries* (Décès maternels évités grâce à l'utilisation de contraceptifs : une analyse de 172 pays). *Lancet.* 2012 ; 380:111– 25. Publié en ligne le 10 juillet 2012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4)

²⁰ A.O. Tsui, R. McDonald-Mosley, A.E. Burke. *Family planning and the burden of unintended pregnancies* (La planification familiale et le fardeau des grossesses non désirées). *Epidemiol Rev.* 2010;32(1):152–74.

²¹ A. Bankole et al., *De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne : des progrès lents mais constants*, New York : Guttmacher Institute, 2020, doi:10.1363/2020,32446.
<https://www.guttmacher.org/fr/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-subsaharan-africa> (consulté le 7 septembre 2022)

²² Suivi des performances et responsabilité 2020. Niger 2018 Vague 5 et PMA, National, phase 1, enquête transversale de 2021. <https://www.padata.org/countries/niger#data-products-section-heading> (consulté le 4 août 2022)

²³ E.A. Sully et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019* (Investir dans la santé sexuelle et reproductive 2019), New York : Guttmacher Institute, 2020.
<https://www.guttmacher.org/geography/africa/niger> (consulté le 4 août 2022)

²⁴ Projet Kulawa de l'USAID. 2021. Rapport d'analyse sur le genre, la jeunesse et l'inclusion sociale (GYSI).

²⁵ UNFPA. Tableau de bord des adolescents et des jeunes – Niger.
<https://www.unfpa.org/data/adolescent-youth/NE> [consulté le 3 septembre 2021]

²⁶ UNICEF. COVID-19 : une menace pour les progrès enregistrés contre le mariage d'enfants au Niger.
<https://www.unicef.org/niger/stories/covid-19-threat-progress-against-child-marriage-niger> [consulté le 3 septembre 2021]

-
- ²⁷ Lignes directrices de l’OMS sur les interventions d’auto-prise en charge pour la santé et le bien-être, révision de 2022. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2022. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).
- ²⁸ Pathfinder International, PROJET IMPACT 2. 2022. Élargir le choix contraceptif : Leçons du Niger. <https://www.pathfinder.org/events/expanding-contraceptive-choice-lessons-from-niger/>
- ²⁹ A. Jackson, A. Angel, A.M. Bagourmé et al. Un nouveau diaphragme contraceptif à Niamey, au Niger : une étude de méthodes mixtes sur l’acceptabilité, l’utilisation et les considérations programmatiques. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(2):e2100532. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00532>
- ³⁰ Département Santé et recherche génésiques de l’Organisation mondiale de la santé (OMS/RHR) et le Centre des Programmes de Communication de l’école de Santé Publique Bloomberg de l’Université John Hopkins (CCP), Projet Connaissances pour la santé. Planification familiale : un manuel à l’intention des prestataires de services du monde entier (mise à jour de 2018). Baltimore et Genève : CCP et OMS, 2018.
- ³¹ Health service continuity planning for public health emergencies: a handbook for health facilities (Planification de la continuité des services de santé dans les situations d’urgence de santé publique : un manuel à l’intention des établissements de santé). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1367737/retrieve> (consulté le 25/04/2022)
- ³² Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise humanitaire. Manuel de terrain interinstitutions sur la santé génésique en milieu humanitaire <https://iawgfieldmanual.com/manual> (consulté le 4/25/2022)
- ³³ Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise humanitaire. Dispositif minimum d’urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive. Fiche de plaidoyer. https://cdn.iawg.rnyn.io/documents/Advocacy-Brief_Design-Template_EN.pdf?mtime=20201215151025&focal=none (Consulté le 25/04/2022)
- ³⁴ Pratiques à haut impact (PHI) en matière de planification familiale. Planification familiale du post-partum immédiat : un composant essentiel des soins à l’accouchement. Washington, DC : USAID ; octobre 2017 Disponible à : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/planification-familiale-du-post-partum-immediat/> (Consulté le 05/09/2022)
- ³⁵ Track2020. 2020. Les opportunités pour la programmation de la planification familiale dans la période de post-partum : Niger. 2020. <http://track20.org/download/pdf/PPFP%20Opportunity%20Briefs/french/Niger%20PPFP%20Opportunity%20Brief%202%20FR.pdf> (consulté le 10 mars 2022)
- ³⁶ Organisation mondiale de la Santé, Confédération internationale des sages-femmes et Fédération internationale de Gynécologie et d’Obstétrique. (2004). Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l’accoucheur qualifié : une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43169>
- ³⁷ Recommandations de l’OMS concernant les soins maternels et néonataux pour une expérience positive de la période postnatale Genève : Organisation mondiale de la santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO