



Evaluation à mi-parcours

PASSERELLES « Pour un passage à l'échelle des services de prévention et de prise en charge des enfants, adolescent.e.s/jeunes vivant avec le VIH »

TERMES DE REFERENCE
Date de diffusion de l'appel à candidatures : 13 février 2026
Date limite de réception des offres : 08 mars 2026

Avec le soutien de :



1. CONTEXTE

1.1. PRESENTATION DE SIDACTION

Sidaction est une association française reconnue d'utilité publique, fondée en 1994, dont la mission principale est de lutter contre le sida en France et à l'international. L'association est reconnue par le grand public comme collecteur de fonds privés au profit de la lutte contre le sida et pour son travail de sensibilisation via les médias. Son action s'articule autour du financement de la recherche scientifique et médicale, du financement et de l'appui aux associations de terrain qui accompagnent les personnes vivant avec le VIH, en France et à l'international, ainsi que de la sensibilisation du public.

A l'international, Sidaction au fil des années développé l'appui technique aux associations notamment sur la prise en charge (PEC) pédiatrique du VIH/sida ou de l'accès à la santé sexuelle et reproductive, avec des programmes co-financés par l'Agence Française de Développement ou L'Initiative (Expertise France).

1.2. PRESENTATION DU CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ET DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES VIVANT AVEC LE VIH

Selon l'UNICEF, la prévention et le traitement du VIH chez les enfants, les adolescent.es et les femmes enceintes n'ont quasiment pas progressé ces dernières années¹, avec seulement la moitié des enfants vivant avec le VIH sous traitement à l'échelle mondiale. En 2021, 2,7 millions d'enfants et adolescent.es de moins de 19 ans vivaient avec le VIH dans le monde². Représentant 7 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, cette tranche d'âge³ est largement surreprésentée sur le nombre de nouvelles infections à VIH (310 000) et le nombre de décès dus au sida (110 000). Les enfants et les adolescent.es continuent d'être les oublié.es des efforts mondiaux contre le VIH/sida et cette inégalité fait peser sur eux/elles un lourd fardeau en termes de morbidité, de mortalité et de difficultés à réaliser pleinement leurs potentiels.

En Afrique subsaharienne l'épidémie est une urgence permanente, la région abritant près de 88% des enfants et adolescent.es vivant avec le VIH. Par ailleurs, l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) cristallise les plus mauvais résultats en matière de lutte contre le VIH. En effet, alors que 95% des mères avaient accès aux traitements ARV (TARV) en Afrique du Sud et de l'Est (ASE) pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant (PTME), seulement 56% des mères y accédaient en AOC. De même, seuls 36% des enfants avaient accès au TARV contre 57% en ASE⁴. Les disparités s'observent aussi parmi les adolescentes et jeunes âgées de 15 à 24 ans qui sont trois fois plus exposées au VIH que leurs pairs masculins.

Avec le « vieillissement » des files actives pédiatriques, de nouvelles problématiques surgissent pour les équipes des centres de prise en charge associatif, mais aussi pour les responsables nationaux qui doivent développer des stratégies et des directives adressées à un sous-groupe de la population rarement prioritaire. Comme le montrent les études⁵, la PEC des adolescent.es et de leurs besoins

¹ UNICEF. Addressing inequities in the global response Children, adolescents and AIDS in 2022.

² Estimations ONUSIDA, 2022

³ Soit 850 nouvelles infections et 301 décès liés au sida chaque jour chez les enfants et adolescent.es de 0 à 19 ans

⁴ ONUSIDA. Estimations 2021.

⁵ Global Research Agenda for Adolescents Living With HIV", Acquir Immune Defic Syndr Volume 78, Supplement 1, August 15, 2018, https://www.who.int/hiv/pub/journal_articles/jaids2018-04.pdf

spécifiques reste extrêmement limitée : les adolescent.es ont un moindre accès aux différents services de la cascade de soins. Ils/elles ont un accès moins important que les adultes aux traitements ARV, de plus grandes chances d’être perdu.es de vue et une faible adhérence aux traitements. En parallèle, leurs besoins renforcés d’accompagnement psychosocial et de services de santé sexuelle et reproductives sont souvent peu pris en compte dans les programmes.

1.3. LES PROGRAMMES DE SIDACTION SUR LES VIH PEDIATRIQUE

Un des axes forts de l’engagement international de Sidaction porte sur **le VIH chez les enfants, les adolescent.es et les jeunes**, une population particulièrement vulnérable souvent insuffisamment ciblée dans la riposte globale au VIH.

- **Projet Grandir** : Entre 2007 et 2017, le programme *Grandir* visait à renforcer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ainsi qu’à améliorer la prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescent.es en Afrique subsaharienne. Son objectif était de mettre en place des consultations pédiatriques au sein des associations partenaires du programme et de diffuser des outils de formation et d’information sur la prise en charge du VIH pédiatrique. La troisième et dernière phase du programme *Grandir* visait notamment à répondre aux problématiques de santé sexuelle et reproductive des adolescent.es, jeunes et adultes vivant avec le VIH, au sein des 18 associations partenaires. Enfin, au cours de cette dernière phase, les associations ont pris l’initiative de se constituer en réseau. Le **Réseau Grandir Ensemble (RGE)**, créé en 2016, regroupe 18 associations issues de 11 pays d’Afrique subsaharienne⁶, qui se sont donné pour mandat de contribuer au renforcement de l’offre de prise en charge globale des enfants et des adolescent.es infecté.es par le VIH, et de plaider pour une meilleure prise en compte du VIH pédiatrique aux niveaux national et international.
- **Projet ADOS** : Le projet « *Formation et empowerment pour un accompagnement renforcé des adolescent.es et jeunes filles infecté.es par le VIH* », financé par L’Initiative, est venu renforcer l’accompagnement des adolescent.es et des jeunes infecté.es ou affecté.es par le VIH, ainsi que le transfert de compétences des équipes des sites principaux de 10 associations issues de 6 pays d’Afrique subsaharienne vers leurs antennes provinciales respectives. Cette phase a permis de générer des acquis importants, notamment en matière de collaboration entre acteurs publics et associatifs, de plaidoyer et d’implication des adolescent.es et des jeunes dans la lutte contre le VIH pédiatrique.
- **Projet PASSERELLES** : Depuis 2024, le projet PASSERELLES s’inscrit dans la continuité des actions menées, selon une logique de consolidation et d’extension. Il vise à poursuivre le transfert de compétences en vue d’un passage à l’échelle dans les quatre pays de mise en œuvre du projet (Burkina Faso, Togo, Côte d’Ivoire et Burundi), ainsi qu’à organiser un passage progressif de relais entre Sidaction et le Réseau Grandir Ensemble (RGE). Le RGE a pour mandat de porter des actions en faveur d’une meilleure prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescent.es en Afrique de l’Ouest et du Centre ainsi qu’à Djibouti.

⁶ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo Brazzaville, Côte d’Ivoire, Djibouti, Mali, République Démocratique du Congo, Tchad, Togo

2. PRESENTATION DU PROJET A EVALUER

2.1. RESUME

Le projet PASSERELLES est mis en œuvre par Sidaction et six partenaires associatifs dont le Réseau Grandir Ensemble. Le projet a démarré le 1^{er} janvier 2024 pour une durée de 4 ans et un budget total de 3.3 millions d'euros. Il est financé en majorité par L'Initiative, avec un cofinancement de Sidaction. Les partenaires sont les associations suivantes : Responsabilité-Espoir-Vie-Solidarité (REVS+), Association Espoir pour Demain (AED), Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et Malades du Sida (ANSS), Centre Solidarité Action Sociale (CSAS), Espoir Vie-Togo (EVT) et le Réseau Grandir Ensemble⁷.

L'objectif du projet PASSERELLES est d'améliorer l'accès des enfants, adolescent.es et jeunes à des services de prévention — notamment en matière de DSSR et de PTME — ainsi qu'à des services de prise en charge du VIH de qualité et sensibles au genre, dans les quatre pays de mise en œuvre.

Le projet vise en particulier à inscrire durablement la prise en compte de leurs besoins spécifiques dans les politiques nationales de santé de ces pays. PASSERELLES vise à poursuivre le transfert de compétences aux acteurs nationaux en vue d'un passage à l'échelle dans les quatre pays. Un axe structurant du projet consiste également à soutenir le RGE dans son autonomisation et le renforcement de son rôle dans la lutte contre le VIH pédiatrique.

2.2. LA LOGIQUE D'INTERVENTION

2.2.1 Objectif général

Améliorer l'accès des enfants, des adolescent.es/jeunes à des services de prévention (dont SSR/PTME) et de prise en charge VIH de qualité et sensibles au genre dans trois pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

2.2.2 Objectifs spécifiques, résultats et activités principales

Les objectifs spécifiques du projet, les résultats et les principales activités associées à chaque résultat sont :

OS1 : Assurer le transfert des compétences et approches prévention et prise en charge du VIH des enfants, adolescent.es et jeunes aux parties nationales en vue d'un passage à l'échelle

- **R1.1. Des outils et dispositifs de renforcement des compétences et de suivi évaluation en DSSR/PTME ados/jeunes et PEC des enfants, ado/jeunes mutualisés, pérennes et tenant compte du genre existent.**
 - Développer des modules de formation : Mise en place, dans le cadre du projet, d'un comité pédagogique réunissant des formateur.rices expert.es techniques et ayant pour mission de développer des modules de formation (pair-éducation, DSSR/PTME, prise en charge des EAJVVIH).
 - Créer un pool de formateur.rices référent.es : Organisation d'une formation des référent.es nationaux.ales en ingénierie pédagogique et en supervision.
 - Développer une plateforme de formation en ligne : Développement d'une plateforme de

⁷ Qui couvre en plus des 4 pays du projet, le Bénin, le Cameroun, le Congo, Djibouti, le Mali, le Tchad et la RDC

formation et d'autoformation en ligne à destination des professionnel.les des pays d'Afrique francophone, administrée par les programmes nationaux.

- **R1.2. Les compétences des référent.es nationaux/ales et des soignant.es des structures associatives et publiques sont renforcées sur la SSR/PTME ados/jeunes et la prise en charge des enfants, ados/jeunes vivant avec le VIH.**
 - *Former un pool de formateur.rices (formation de formateurs) : Dans chaque pays, un pool de formateur.rices associatif/public sera reconduit sous la supervision des PNLS. Les formateur.rices seront formé.es en ingénierie pédagogique et en supervision formative et auront pour mission de renforcer les compétences des soignant.es en SSR/PTME ados/jeunes et en prise en charge des EAJVVIH.*
 - *Déployer le dispositif de formations en cascade : Organisation de formations du personnel soignant et communautaire sur les soins et l'accompagnement des EAJVVIH ainsi que sur les DSSR/PTME pour les adolescents et les jeunes. La formation en cascade vise à diffuser les principes de la prise en charge des adolescent.es vivant avec le VIH dans les différentes régions des pays. Le choix des soignant.es du secteur public à former est réalisé par les PNLS.*
 - *Organiser des stages pratiques et des supervisions formatives : Organisation de stages pratiques pour 125 prestataires de santé au sein des associations partenaires du projet ou d'autres structures disposant de compétences adaptées aux besoins des stagiaires. En parallèle, mise en place d'un dispositif de supervision formative conjointe association/public visant l'amélioration de la qualité des soins et l'adaptation des services aux besoins des enfants, adolescents et jeunes.*
- **R1.3. Le projet est co-piloté avec les PNLS et des cadres de concertation pluri acteur.rices autour de la prévention et la prise en charge du VIH pédiatrique, ados/jeunes existent au niveau national**
 - *Mettre en place un co-pilotage et de cadres nationaux de concertation pluri-acteurs : Co-piloter le projet avec les PNLS dans le cadre de comités et de réunions pluri-acteurs régulières.*
- **R1.4. Les stratégies/approches et pratiques visant de meilleurs dépistage et PEC du VIH chez les enfants, ados/jeunes vivant avec le VIH sont mises en œuvre, évaluées, capitalisées et diffusées.**
 - *Conduite d'une recherche opérationnelle : Mise en œuvre d'une étude sur les bénéfices de l'engagement en pair-éducation pour les jeunes, basée sur une cohorte rétrospective, . Cette recherche est confiée à par un laboratoire de recherche.*
 - *Capitaliser : Identification et valorisation des bonnes pratiques (PTME, prise en charge des EAJVVIH, mobilisation des AJVVIH) et des modèles de soins communautaires déployés par les associations du réseau.*
- **R1.5. Le continuum des soins et de l'accompagnement pour les enfants, adolescent.es/jeunes en situation de vulnérabilité est garanti.**
 - *Proposer un appui social et familial pour le plus vulnérables : Soutien social aux EAJVVIH vulnérables, y compris adolescentes/jeunes filles enceintes/allaitantes, et sensibilisation des parents.*

OS2 : Consolider le leadership et la participation des ados/jeunes aux processus décisionnels et actions de lutte contre le VIH chez l'enfant, ados/jeune.

- **R2.1. Les ados/jeunes sont formé.es afin qu'ils puissent participer activement à la définition et la mise en œuvre des activités de pair-éducation et de plaidoyer**
 - *Former un nouveau pool de pair.es éducateur.rices : Formation recyclage de PE déjà actif.ves et formation initiale de nouveaux.elles PE au sein des associations et des structures publiques, avec des modules harmonisés spécifiques sur le genre et une attention particulière à l'implication des adolescentes/jeunes filles.*
Proposer un suivi rapproché des jeunes : Mise en place d'un compagnonnage entre PE expérimenté.es et nouveaux.elles PE
- **R2.2. La stratégie de la paire éducation est consolidée au sein des associations (partenaires du projet et autres associations du réseau Grandir Ensemble) et impulsée au sein des structures publiques.**
 - *Consolider une stratégie de pair-éducation : Finalisation de la structuration de la pair-éducation au sein des associations, entamée lors de la précédente phase (ADO II).*
 - *Organiser des rencontres de partage d'expérience : Atelier national dans chaque pays tous les deux ans et deux rencontres régionales de mobilisation des jeunes leaders et des pairs éducateur.rices dans le cadre du projet.*
- **R2.3. Les dispositifs techniques et cadres de mise en œuvre du plaidoyer des ados/jeunes sont structurés et renforcés.**
 - *Former un nouveau pool de jeune ambassadeur aux techniques de plaidoyer : Afin d'améliorer le leadership et la capacité en plaidoyer des adolescent.es et jeunes ambassadeurs, deux ateliers de formation aux techniques de plaidoyer et à la prise de parole en public sont prévus.*
 - *Organiser deux universités de jeunes plaideurs : deux universités des jeunes plaideur.euses seront organisées afin de faire se rencontrer et dialoguer des jeunes engagé.es sur différentes thématiques au-delà du VIH pédiatrique pour partager expérience et bonnes pratiques.*
- **R2.4. Les activités de plaidoyer autour des problématiques de prévention, de soins et d'accompagnement des enfants et adolescent.e.s/jeunes vivant avec le VIH sont consolidées aux niveaux national et international.**
 - *Déployer des actions de plaidoyer ciblées (visites, événements, supports) aux niveaux national et international, en intégrant les jeunes dans les espaces stratégiques (PNLS, conférences, plateformes jeunes). Des activités de plaidoyer et de communication sont initiées et conduites par les adolescent.es et jeunes leaders dans les différents pays en direction des autorités nationales, d'acteur.rices stratégiques impliqué.es dans la définition des politiques nationales ou encore d'acteurs clés dans la réponse globale contre le VIH.*

OS3 : Soutenir l'autonomisation du réseau Grandir Ensemble et le renforcement de son positionnement dans la lutte contre le VIH pédiatrique en Afrique francophone.

- **R3.1. Le réseau Grandir Ensemble dispose de moyens humains, techniques et matériels adaptés.**
 - *Recrutement et équipement du réseau Grandir Ensemble.*
- **R3.2. La coordination du réseau renforce la mobilisation des associations membres dans la réalisation de son mandat**

- Élaborer un plan stratégique et un manuel de procédures pour le RGE
- Mission de suivi et de mobilisation des membres du réseau : la coordination du réseau assurera deux fois par an une mission de suivi et de mobilisation de ses membres au cours desquelles des rencontres avec des acteurs clés de la santé seront organisées.
- **R3.3. La communication du réseau et sa collaboration avec d'autres réseaux d'acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH pédiatrique sont renforcées.**
 - Développer une stratégie de communication : LE RGE bénéficiera de l'appui d'une consultant pour développer sa stratégie de communication avec pour objectif de renforcer sa visibilité externe et développer la communication interne. Le projet prévoit aussi la publication de bulletins semestriels sur le projet, la participation des partenaires et de membres du réseau EVA à des conférences/séminaires internationaux ainsi que l'organisation de webinaires sur le VIH pédiatrique.
- **R3.4. Le rôle du réseau Grandir Ensemble d'observatoire d'accès aux soins des EAJVIV en Afrique francophone est renforcé**
 - Diffuser, valoriser et renforcer le plaidoyer sur le VIH pédiatrique : Le RGE assure la diffusion des résultats d'enquêtes réalisées par les associations avec une enveloppe allouée par le projet. Il réalise un inventaire des observatoires communautaires afin de renforcer la prise en compte des enfants et adolescents dans les priorités de santé/VIH et favoriser une convergence des actions en faveur du VIH pédiatrique. Enfin, il sera en charge d'organiser deux symposiums au cours de conférences internationales afin de communiquer sur les activités de PASSERELLES.

2.3. PARTENAIRES IMPLIQUES DANS LE PROJET

Sidaction est le chef de fil du projet. A ce titre, l'association en assure le pilotage et la coordination générale, et rend compte régulièrement à Expertise France de l'utilisation des fonds et du niveau de réalisation des activités. L'association mobilise également l'expertise nécessaire à l'appui technique des associations partenaires. Sidaction est également responsable de la mise en œuvre de certaines activités telles que la formation des formateur.rice.s, la formation des PE aux techniques de plaidoyer.

Six associations d'Afrique Sub-saharienne sont partenaires dans la mise en œuvre du projet:

- Au Burkina : **Responsabilité-Espoir-Vie-Solidarité (REVS+)**, **Association Espoir pour Demain (AED)**
- Au Burundi : **Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et Malades du Sida (ANSS)**,
- En Côte d'Ivoire : **Centre Solidarité Action Sociale (CSAS)**
- Au Togo : **Espoir Vie-Togo (EVT)** et
- **Réseau Grandir Ensemble**

En outre, les associations **Aides Médicales et Charité (AMC)** au Togo et **SWAA-Burundi** sont également des partenaires associés. Elles sont en appui des partenaires ANSS au Burundi, EVT au Togo et mettent à disposition du projet les ressources humaines pour la gestion du projet et la formation/supervision. Elles sont par ailleurs impliquées dans toutes les activités du projet.

Les associations à travers leurs équipes de formateur.rices, sont chargées d'organiser les formations des soignant.es des sites publics et des sites associatifs qu'ils soient centraux ou décentralisés. Les formations sont complétées de stages pratiques et de supervisions formatives. Pour compléter la prise

en charge médico-sociale des adolescent.es, les associations ont également la charge de la formation et de l'organisation du travail des pair.es éducateur.rices adolescent.es/jeunes. Elles sont enfin responsables de la représentation du projet dans leurs pays respectifs, et rendent régulièrement compte à Sidaction de la mise en œuvre des activités.

Un comité de pilotage constitué de l'équipe de Sidaction, d'experts techniques, des associations partenaires et de pair.es éducateur.rices, se tient une fois tous les quatre mois pour assurer le pilotage du projet.

3. CHAMPS ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS

Cette évaluation porte sur l'ensemble des actions réalisées entre le 1^{er} janvier 2024 et le 28 février 2026. Les enjeux de l'évaluation à mi-parcours sont les suivants :

Enjeux prioritaires

- Apprécier le niveau d'atteinte des résultats et des objectifs du projet au regard du cadre logique, et analyser les lignes de force, les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre, afin d'identifier des ajustements opérationnels et stratégiques pour la seconde phase du projet et de formuler des recommandations opérationnelles et priorisées ;
- Apprécier dans quelle mesure les conditions d'un passage à l'échelle et/ou d'un transfert progressif du projet aux autorités nationales et aux acteurs régionaux sont réunies, notamment en termes de gouvernance, de renforcement des capacités, de partenariats et de durabilité.

Enjeux secondaires

- Analyser les points communs et les différences d'approches entre les quatre pays de mise en œuvre, en particulier en matière de stratégies de formation, de partenariats et de participation des adolescent.es et des jeunes, afin d'identifier les bonnes pratiques et les leviers de cohérence multipays ;
- Identifier les thématiques, pratiques et enseignements susceptibles de faire l'objet d'actions de capitalisation, tant au niveau national que régional.

Enjeux transversaux

- Constituer un espace structuré d'échanges, de partage d'expériences et de réflexion collective entre les partenaires du projet, favorisant l'apprentissage mutuel, l'appropriation des résultats de l'évaluation et l'utilisation effective des recommandations ;
- Favoriser l'implication des différents acteur.rices du projet dans la démarche d'évaluation, afin de renforcer l'appropriation des résultats, l'apprentissage collectif et la dynamique partenariale.

De fait, les questions évaluatives suivantes sont proposées. Celles-ci feront l'objet d'une précision et d'une priorisation dans la première phase de l'évaluation initiale entre parties prenantes de cette évaluation intermédiaire et le.s évaluateur.rices :

Axe 1 : Pertinence et cohérence

1. Dans quelle mesure les objectifs et stratégies du projet PASSERELLES répondent-ils aux besoins et attentes des bénéficiaires (soignant.es, associations, adolescent.es et jeunes), au regard des contextes nationaux et régionaux ?

2. Dans quelle mesure les différentes composantes du projet (soins, prévention, renforcement des capacités, développement d'une plateforme de formation en ligne, participation des jeunes, plaidoyer) sont-elles cohérentes et bien articulées entre elles, aux niveaux national et multipays ?

Axe 2 : Efficacité et premiers effets

1. Dans quelle mesure les résultats et objectifs du projet ont-ils été atteints à mi-parcours, et quels écarts sont observés entre les pays ?
2. Quels facteurs internes et externes facilitent ou freinent l'atteinte des résultats du projet ?

Axe 3 : Gouvernance, coordination et partenariats

3. Dans quelle mesure le projet est-il co-piloté aux niveaux stratégique et opérationnel par les acteurs associatifs et les pouvoirs publics, et dans quelle mesure renforce-t-il les synergies entre secteurs associatifs et programmes nationaux dans les pays ?
4. Dans quelle mesure les modalités de coordination multipays favorisent-elles la cohérence, le partage d'expériences et l'apprentissage entre les partenaires ?

Axe 4 – Renforcement des capacités des soignant·es

5. Comment le dispositif de formation en cascade a-t-il été mis en œuvre dans les différents pays, et quels enseignements peut-on tirer des approches retenues ?
6. Dans quelle mesure le dispositif de suivi-évaluation permet-il d'apprécier l'effectivité du renforcement des capacités, et comment pourrait-il être amélioré ?
7. Les conditions sont-elles réunies pour assurer la pérennité de la plateforme de formation en ligne (LMS), et quels sont les principaux facteurs de viabilité à moyen et long terme ?

Axe 5 – Participation, leadership des jeunes et passage à l'échelle

8. Dans quelle mesure le projet favorise-t-il une participation effective et structurante des adolescent·es et des jeunes, et contribue-t-il à renforcer leur leadership et leur pouvoir d'agir ?
9. Dans quelle mesure la stratégie de pair-éducation est-elle suffisamment structurée et appropriée pour être déployée à plus grande échelle, y compris dans les structures publiques ?

Axe 6 : Autonomisation du RGE et leadership régional

10. Quels risques et contraintes pèsent sur l'autonomisation du RGE (institutionnels, financiers, organisationnels, politiques), et quelles mesures correctrices pourraient être envisagées pour les atténuer dans la seconde phase du projet ?
11. Comment se structurent et se vivent les interactions entre les membres du RGE, et dans quelle mesure favorisent-elles une dynamique collaborative et inclusive ?

Axe 7 : Durabilité, passage à l'échelle et capitalisation

12. Dans quelle mesure la stratégie de passage à l'échelle du projet est-elle clairement définie, comprise et partagée par les parties prenantes du projet ?
13. Dans quelle mesure les conditions d'un passage à l'échelle et d'un transfert progressif du projet aux acteurs nationaux et au RGE sont-elles réunies, et quels ajustements sont nécessaires pour la seconde phase ?
14. Quels enseignements, bonnes pratiques et limites issus de PASSERELLES (et des phases antérieures) méritent d'être capitalisés pour soutenir le passage à l'échelle ou éclairer des interventions similaires dans d'autres contextes ?

4. PROPOSITION TECHNIQUE ET FINANCIERE

Méthodologie envisagée

Afin de garantir la participation du plus grand nombre d'acteurs au processus évaluatif et de favoriser l'appropriation des résultats, Sidaction privilégie une démarche d'auto-évaluation accompagnée par une consultance externe.

L'évaluation reposera sur une approche participative, dans laquelle les partenaires de mise en œuvre du projet du projet seraient impliqués à la fois dans l'autoévaluation de leurs actions et dans la conduite d'entretiens auprès des parties prenantes, avec l'appui d'une expertise externe chargée de garantir la rigueur méthodologique, l'analyse transversale des résultats et leur mise en perspective critique.

Les rôles de chacun.es sont envisagés de la manière suivante, mais pourront être réexaminés et discutés :

- **La consultance** sera responsable du pilotage global du processus évaluatif. Elle anime la structuration du cadre méthodologique et de l'élaboration des outils de collecte de données. Elle accompagnera les partenaires dans leurs réflexions évaluatives, en animant les temps d'échange et en assurant un suivi individuel. Elle assurera également la collecte et l'analyse de données complémentaires, ainsi que la rédaction du rapport.
- **Les partenaires de mise en œuvre** coconstruisent avec la consultance le cadre méthodologique de l'évaluation et revoient les outils de collecte. Ils contribueront activement à l'évaluation à travers une démarche d'auto-analyse et la conduite d'entretiens avec les bénéficiaires et partenaires clés du projet. Ils formulent collectivement des conclusions et des recommandations.
- Un des temps forts de cette évaluation sera un **atelier participatif de trois jours**, envisagé au Togo entre mi-mai et début juin et réunissant les référent.es projet des associations partenaires de mise en œuvre, les Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida, des membres de l'équipe de Sidaction, ainsi que des adolescent.es pair.es éducateur.rices et des jeunes ambassadeur.rices du projet. Cet atelier se tiendra à l'issue de la phase de collecte et des premières analyses, pour dresser des conclusions communes et des recommandations concrètes pour la suite du projet. Les consultant.es devront intégrer la conception, la facilitation et l'animation de cet atelier dans leur offre technique.
- L'évaluation à mi-parcours pourra également inclure des entretiens individuels et des rencontres directes avec les parties prenantes, dans le cadre d'une mission de terrain et/ou à l'occasion de l'atelier et/ou en ligne. Les consultant.es sont invité.es à prévoir une mission de terrain au Togo, en amont ou après l'atelier. Une ou plusieurs visites complémentaires dans d'autres pays de mise en œuvre pourront être envisagées, en fonction des choix méthodologiques proposés et des contraintes budgétaires.

Offre technique

L'offre technique présentera la démarche méthodologique prévue. Les soumissionnaires sont invité.e.s à compléter et préciser les questions d'évaluation décrites au chapitre précédent.

La note technique (document écrit de 12 pages maximum, hors annexe) devra être accompagnée des CV, d'un chronogramme prévisionnel et d'un budget détaillé.

La méthodologie proposée devra intégrer une attention particulière aux enjeux de genre et d'âge, notamment dans le cadre des entretiens avec les adolescent.e.s et les jeunes.

Offre financière

L'offre financière devra préciser le nombre d'évaluateur.rices mobilisé.es ainsi que la répartition du nombre de jours par intervenant.e. Elle devra inclure l'ensemble des coûts liés à la mission, notamment les honoraires et les frais de mission associés à la consultance (billets d'avion, visas, per diem, hébergement, transports locaux, etc.).

L'organisation logistique de l'atelier ainsi que les déplacements des partenaires du projet seront pris en charge par Sidaction et ne devront pas être intégrés à l'offre financière.

Le budget global de la prestation ne devra pas excéder **18 000 euros TTC**. Les montants devront être exprimés en euros et préciser si les taxes applicables sont incluses.

L'offre financière devra présenter de manière distincte les honoraires et l'estimation des autres frais.

L'offre financière devra être cohérente avec la proposition technique et le calendrier proposés.

Sélection

La sélection sera effectuée sur la base d'une analyse comparative des propositions, en tenant compte de la qualité du profil des consultants, de la pertinence de la proposition technique et de l'adéquation de la proposition financière.

5. DEROULEMENT ET CALENDRIER DE L'EVALUATION

La documentation nécessaire, interne au programme (demandes de financement, rapports d'activités, productions écrites, rapports de mission, tableaux d'indicateurs, etc.), sera mise à disposition par Mme Marine Lalique, responsable suivi & évaluation chez Sidaction, et Mme Ntambu Léa, responsable thématique enfants et adolescents chez Sidaction, qui seront les correspondantes des consultants sur cette évaluation.

Comité de pilotage

Un comité de pilotage composé des membres de Sidaction et des équipes associatives sera constitué. Ce comité suivra la réalisation de l'évaluation dans ses aspects techniques et organisationnels.

Calendrier de l'évaluation

Activités	Période
Publication de l'offre	13/02/2026
Clôture de l'appel d'offre	08/03/2026
Sélection d'une offre (entretiens éventuels)	Semaines du 09/03/2026 et du 16/03/2026
Contractualisation	Semaine du 23/03/2026
Phase de cadrage (réunion, documentation)	Semaine du 30/03/2026
Phase de collecte de données	Avril
Mission(s) (à minima au Togo, à définir)	Mi-mai ou début juin
Atelier d'évaluation (au Togo, à définir)	Mi-mai ou début juin
1 ^{er} Rapport	Mi - juin
Réunion / rapport final	Fin juin
Restitution	Début juillet

Les offres devront parvenir au plus tard le **08 mars 2026**. Elles seront adressées à Mme Marine LALIQUE, responsable suivi et évaluation à Sidaction (m.lalique@sidaction.org).

L'évaluation se déroulera entre avril et juin 2026. L'atelier prévu au Togo devra être planifié entre mi mai et début juin. L'ordre et le calendrier détaillés des activités seront définis conjointement avec le ou les consultants, en fonction de leurs disponibilités et de celles des partenaires. Une réunion de cadrage sera organisée fin mars afin de clarifier et, le cas échéant, de préciser les points nécessitant

des ajustements. La remise du rapport définitif devra intervenir au plus tard le 19 juin 2026.

6. LIVRABLES ATTENDUS

Une **note de cadrage** sera produite au démarrage de la mission, à l'issu des premières réunions avec le commanditaire et les partenaires du projet. Elle précisera les questions évaluatives, la méthodologie retenue, le calendrier ainsi que les modalités de mise en œuvre de l'évaluation intermédiaire. Cette note devra être validée par le commanditaire avant le lancement des travaux.

À l'issue de la phase de collecte et d'analyse, un **rapport provisoire d'évaluation** intermédiaire sera remis. Il présentera les principaux constats et analyses, une lecture transversale multi-pays, ainsi que des recommandations opérationnelles et hiérarchisées visant à ajuster la mise en œuvre du projet sur la période restante. Ce rapport provisoire sera partagé avec les parties prenantes afin de recueillir leurs commentaires.

Le **rapport final d'évaluation** intermédiaire intégrera les observations formulées sur la version provisoire (maximum 35 pages). Il constituera le document de référence de l'évaluation. Une **synthèse du rapport** d'évaluation intermédiaire (3 pages) sera également produite. Elle présentera de manière claire et accessible les principaux enseignements, conclusions et recommandations, et intégrera un ou plusieurs éléments visuels facilitant la lecture et la diffusion des résultats.

7. PROFIL DES EVALUATEUR.TRICES

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

- Minimum 8 ans d'expérience dans l'évaluation de projets/programmes de santé (y compris l'accompagnement d'auto-évaluation ou de démarche d'évaluation participative) ;
- Connaissance du monde associatif et notamment des associations de santé communautaire en Afrique subsaharienne
- Expertise en santé publique et plus spécifiquement sur les enjeux du VIH (pédiatrique) en Afrique
- Connaissances et expériences sur les questions de genre et de santé sexuelle et reproductive
- Expérience de travail et/ou connaissance des principes de formation des adultes et jeunes dans les pays en développement très appréciée ;

AUTRES COMPETENCES :

- Très bonne maîtrise du français ;
- Excellentes capacités relationnelles et d'animation dans un cadre participatif ;
- Très bonnes capacités rédactionnelles.