**TERME DE REFERENCE(TDR) ENQUETE DE COUVERTURE**

**1. Contexte/Justification**

Le Tchad à l’instar des autres pays de Malaria consortium évalue la mise en œuvre des cycles de la campagne CPS à travers une enquête dite de couverture. Celle-ci est réalisée par Malaria Consortium chaque année à la fin de la campagne pour déterminer dans quelle mesure le projet de chimio prévention du paludisme saisonnier de Malaria Consortium a permis de traiter avec succès les enfants de moins de 5 ans au Tchad. L’aspect le plus important du plan d’échantillonnage à adopter consiste à offrir une image plus fidèle de l’atteinte des objectifs de la CPS et à comprendre le degré du respect du protocole CPS.

La méthodologie utilisée est celle de LQAS, mais avec plusieurs niveaux de stratifications selon les milieux de résidence (Urbain/rural), structure sanitaire (DS et CS) et unité épidémiologique. Cette méthode standard de l’OMS est utilisée pour évaluer le programme en analysant les données recueillies auprès d’un petit échantillon. En 1991, un rapport de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les méthodes épidémiologiques et statistiques pour l’évaluation rapide des systèmes de santé a conclu que le LQAS était une des méthodes disponible la plus pratique et a encouragé son développement pour continuer à surveiller les programmes de santé (Measure 1998). Les informations recueillies au cours de l’enquête seront cruciales pour améliorer la mise en œuvre de la CPS en aidant à corriger les éventuelles insuffisances pour l’année prochaine.

**2. Objectifs**

L’objectif principal de l’enquête de couverture de la CPS est de déterminer dans quelle mesure le projet de chimio prévention du paludisme saisonnier de Malaria Consortium a permis de traiter avec succès la cible des enfants de 3 – 59 mois au Tchad, particulièrement dans les 27 Districts Sanitaires où Malaria Consortium intervient.

Il s’agit spécifiquement de répondre à quatre questions fondamentales :

1) Couverture : tous les enfants cibles ont-ils bénéficié de la CPS, sinon quels districts cibles ont été déficients ?

2) Respect du protocole : les enfants traités ont-ils reçus les traitements complets (DOT le premier jour, administration des doses des jours 2 et 3) ?

3) Connaissance et information sur la CPS : Les responsables d’enfants sont-elles informées et possèdent-elles une bonne connaissance de la CPS ?

4) Protection contre COVID-19 : Les agents de santé communautaires utilisent-ils des équipements de protection individuelle ? Livrent-ils les informations sur la prévention de COVID-19 à la communauté ?

Les cibles de cette enquête de couverture sont les mères / gardiennes des enfants et les enfants de 3 à 59 mois ayant reçu un traitement lors de la campagne CPS précédente.

Deux questionnaires sont développés dont un à l’endroit des gardiennes des enfants au sein du ménage et un autre à l’endroit des enfants de 3 à 59 mois résident dans les ménages.

**3. Plan d’échantillonnage de l’enquête de couverture de fin de cycles CPS Tchad 2022**

L’aspect le plus important du plan d’échantillonnage à adopter consiste à offrir une image plus fidèle de l’atteinte des objectifs de la CPS et à comprendre le degré du respect du protocole CPS. Les informations recueillies au cours de l’enquête seront cruciales pour améliorer la mise en œuvre de la CPS en aidant à corriger les éventuels écarts de couverture dans les années à venir.

Les informations suivantes devraient être prises en compte dans la sélection des unités d'échantillonnage.

1) L'enquête devrait permettre de générer des résultats à l’échelle des districts de santé.

2) La sélection aléatoire des districts de santé, même en fonction de leur taille, ne peut être envisagée. Au lieu de cela, une sélection raisonnée de districts sanitaires stratifiés selon des caractéristiques géographiques cohérentes devrait être envisagée. À cette fin, une stratification basée sur le milieu (rurale ou urbaine) des districts de santé sera considérée.

3) La distribution de médicament CPS a été organisée sur la base de zone de responsabilité des centres de santé (CS). Une stratification basée sur les CS selon la pyramide sanitaire peut être envisagée. Ainsi, en répartissant les unités d'échantillonnage à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les enquêteurs saisiront d'autres facteurs de variabilité importants tels que la nature urbaine / rurale des communautés, le statut socio-économique des bénéficiaires et les « difficultés d’accessibilité » des formations sanitaires. Cependant, l'attribution d'unités d'échantillonnage à tous les niveaux de la pyramide sanitaire générera une mobilisation logistique importante pour un faible gain, car les enquêteurs devront se rendre dans 435 centres de santé.

4) Par ailleurs, bien que la délégation provinciale de la santé (DPS) soit une véritable entité politique, l’intégration de ce niveau de stratification dans le schéma d’échantillonnage proposé risque de ne générer aucun gain statistique.

5) Les CS ont été créés sur une base démographique et leur implantation tient compte de la distance maximale à parcourir qui ne peut excéder 10 km ou 2 heures à pied. Chaque DPS compte entre 4 et 30 CS, selon la taille et la démographie. Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de DPS. Une proportion de 30% de tous les CS peut constituer une fraction d'échantillonnage adéquate. Cet échantillon sera subdivisé selon le milieu (rural/urbain) avec les CS ruraux qui représentent 65,16% du total.

Du fait de caractéristiques particulières de N’Djamena, l’échantillon des concessions/ménages à enquêter sera calculé par exemple indépendamment pour N’Djamena et pour les provinces à l’aide de la formule proposée par l’OMS[[1]](#footnote-1) :



Avec 

Cet échantillon est ensuite corrigé par le facteur de stratification deff = $1+icc (m-1)$

Où p est le taux de couverture estimé (80% à Ndjamena et 85% en province)[[2]](#footnote-2) ;

d est la marge d’erreur (3%) ;

m le nombre de cluster (recommandé 10) ;

icc est la corrélation intercluster (compris entre 1/24 et 1/6) ;

Ainsi, nous obtenons au total un échantillon de 3985 concessions (**1178** concessions à N’Djamena et **2743** en province). Le tableau suivant présente la répartition de l’échantillon par province :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Calcul d’échantillon** | **Chari Baguirmi** | **Hadjer Lamis** | **Mayo Kebbi Est** | **Batha** | **Barh el Gazal** | **NDjamena** | **Total** |
| Districts sanitaires couverts par le programme | 6 | 6 | 5 | 1 | 4 | 5 | 27 |
| Centres de santé au sein des DS | 81 | 101 | 58 | 18 | 76 | 101 | 435 |
| DS sélectionnés | 6 | 6 | 5 | 1 | 4 | 5 | 27 |
| Base d’échantillonnage CS | 81 | 101 | 58 | 18 | 76 | 101 | 435 |
| Fraction d’échantillonnage des CS @ 30% | 27 | 34 | 19 | 6 | 25 | 34 | 145 |
| Nombre moyen de CS ruraux | 21 | 28 | 14 | 5 | 21 | 7 | 96 |
| Nombre moyen CS urbains | 6 | 6 | 5 | 1 | 4 | 20 | 42 |
| Echantillon de concessions | **675** | **842** | **483** | **150** | **633** | **1178** | **3961** |

Le tableau suivant présente la répartition de l’échantillon selon les ZR et les milieux :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DPS** | **DS** | **Nombre de CS** | **Echantillon de CS selon le milieu** | **Echantillon de villages selon le milieu** | **Echantillon concessions selon le milieu** |
| **Rural** | **Urbain** | **Total** | **Rural** | **Urbain** | **Total** | **Rural** | **Urbain** | **Total** |
| **CHARI BAGUIRMI** | Ba-Illi | 11 | 3 | 1 | 4 | 13 | 5 | 18 | 67 | 25 | 92 |
| Bousso | 11 | 3 | 1 | 4 | 13 | 5 | 18 | 67 | 25 | 92 |
| Dourbali | 17 | 5 | 1 | 6 | 23 | 5 | 28 | 117 | 25 | 142 |
| Mandelia | 21 | 6 | 1 | 7 | 30 | 5 | 35 | 150 | 25 | 175 |
| Massenya | 17 | 5 | 1 | 6 | 23 | 5 | 28 | 117 | 25 | 142 |
| Kouno | 4 | 0 | 1 | 1 | 2 | 5 | 7 | 8 | 25 | 33 |
| **HADJER LAMIS** | Bokoro | 26 | 8 | 1 | 9 | 38 | 5 | 43 | 192 | 25 | 217 |
| Gama | 9 | 2 | 1 | 3 | 10 | 5 | 15 | 50 | 25 | 75 |
| Karal | 13 | 3 | 1 | 4 | 17 | 5 | 22 | 83 | 25 | 108 |
| Mani | 14 | 4 | 1 | 5 | 18 | 5 | 23 | 92 | 25 | 117 |
| Massaguet | 21 | 6 | 1 | 7 | 30 | 5 | 35 | 150 | 25 | 175 |
| Massakory | 18 | 5 | 1 | 6 | 25 | 5 | 30 | 125 | 25 | 150 |
| **MAYO KEBBI EST** | Bongor | 25 | 7 | 1 | 8 | 37 | 5 | 42 | 183 | 25 | 208 |
| Guelendeng | 10 | 2 | 1 | 3 | 12 | 5 | 17 | 58 | 25 | 83 |
| Moulkou | 8 | 2 | 1 | 3 | 8 | 5 | 13 | 42 | 25 | 67 |
| Gam | 11 | 3 | 1 | 4 | 13 | 5 | 18 | 67 | 25 | 92 |
| KATOA | 4 | 0 | 1 | 1 | 2 | 5 | 7 | 8 | 25 | 33 |
| **N'DJAMENA** | N'Djamena Centre | 17 | 1 | 5 | 6 | 3 | 25 | 28 | 23 | 175 | 198 |
| N'Djamena Est | 21 | 2 | 5 | 7 | 10 | 25 | 35 | 70 | 175 | 245 |
| N'Djamena Nord | 17 | 4 | 2 | 6 | 18 | 10 | 28 | 128 | 70 | 198 |
| N'Djamena Sud | 29 | 4 | 6 | 10 | 18 | 30 | 48 | 128 | 210 | 338 |
| Toukra | 17 | 4 | 2 | 6 | 18 | 10 | 28 | 128 | 70 | 198 |
| **Barh El gazal** | Chaddra | 18 | 5 | 1 | 6 | 25 | 5 | 30 | 125 | 25 | 150 |
| Michemire | 13 | 3 | 1 | 4 | 17 | 5 | 22 | 83 | 25 | 108 |
| Moussoro | 31 | 9 | 1 | 10 | 47 | 5 | 52 | 233 | 25 | 258 |
| Salal | 14 | 4 | 1 | 5 | 18 | 5 | 23 | 92 | 25 | 117 |
| **Batha** | Yao | 18 | 5 | 1 | 6 | 25 | 5 | 30 | 125 | 25 | 150 |
| **TOTAL** | **27 DS** | **435** | **103** | **42** | **145** | **515** | **210** | **725** | **2712** | **1250** | **3962** |

6) Une fois que les centres de santé à échantillonner ont été identifiés (tirés aléatoirement), au sein de ces centres, 10 villages/quartiers/carrés seront tirés aléatoirement. Dans chaque village/quartier/carré tiré aléatoirement, il est prévu de visiter de 5 à 7 concessions (respectivement 5 en province et 7 à N’Djamena). Au sein de ces concessions éligibles (acceptant l’enquête et disposant des enfants de 3 – 59 mois) les gardiens d’enfants seront interrogés. En ce qui concerne le tirage aléatoire des centres de santé et des village/quartier/carré, le cabinet tirera des numéros aléatoirement et Malaria Consortium identifiera la correspondance sur la liste des centres de santé et des villages/quartiers/carrés.

7) Au Tchad comme dans les zones sahéliennes de l’Afrique de l’Ouest, les ménages individuels sont rarement considérés comme des structures autonomes. En raison de la complexité des structures familiales (polygamie) et des facteurs socio-économiques, les ménages vivent généralement en agglomération à l'intérieur d’une concession. Concrètement, cela signifie que lorsqu'une équipe d'intervieweurs frappe à une seule porte, elle trouvera très probablement un nombre variable de ménages, et par conséquent plusieurs gardiens d’enfants et leurs enfants.

Pour répondre aux besoins de cette enquête sur la couverture, l'unité d'analyse est définie comme une seule personne responsable des soins de l'enfant qui parle de tous ses enfants. Cette définition est basée sur l'hypothèse que tous les gardiens d’enfants et tous les enfants de moins de 5 ans vivant dans une concession donnée auront été traités de la même manière si la concession a été visitée par les relais communautaires.

Par ailleurs, la taille totale de l'échantillon s'applique à une concession et que le questionnaire permet de collecter des informations spécifiques à la concession, au ménage individuel et aux enfants du ménage sélectionné. Comment un ménage est sélectionné à l'intérieur d'un composé donné doit être établi.

8) La sélection aléatoire des concessions doit suivre les directives générales de sélection aléatoire établies pour les enquêtes. Il convient de veiller à la représentativité de la zone de responsabilité du district sanitaire.

Aux niveaux des délégations et des districts, la taille des échantillons agrégés permettra de calculer les taux de couvertures pondérés avec leur intervalle de confiance associé.

**4. Indicateurs de l’enquête de couverture**

Conformément à la structuration du questionnaire, les indicateurs suivants seront calculés selon les sections (en gras les indicateurs du rapport préliminaire):

Section démographie : les indicateurs seront stratifiés selon les variables disponibles (genre, milieu, âge, etc.). Les principaux indicateurs retenus sont :

1. Proportion d’enfant de sexe masculin/féminin
2. Nombre moyen d’enfant par ménage
3. Taux de couverture d’enfant = nombre d’enfants traités / nombre total d’enfants identifiés
4. Taux de couverture ménage = nombre de ménages avec au moins un enfant traité / nombre total de ménages identifiés
5. Taux de couverture réel de ménage = nombre d’enfants traités par ménage / nombre total d’enfants par ménage identifiés
6. Taux de couverture concession = nombre de concessions avec au moins un ménage traité / nombre total de concessions identifiées
7. Taux de couverture réelle de concession = nombre de ménage avec tous les enfants traités par concession / nombre total de ménages par concession identifiés

**Section qualité : les principaux indicateurs retenus sont :**

1. Pourcentage d’enfants traités par la DOT
2. Pourcentage des enfants ayant craché/vomi partiellement/ vomi totalement les médicaments
3. Pourcentage des enfants ayant reçu une seconde dose après avoir craché/vomi partiellement/ vomi totalement les médicaments
4. Pourcentage de traitement Jour 2
5. Pourcentage de traitement au jour 3
6. Proportion de plaquettes disponibles
7. Proportion de plaquettes contenant 0 comprimé
8. Proportion de plaquettes contenant de 1 comprimé
9. Proportion de plaquettes contenant de 2 comprimés
10. Proportion de plaquettes contenant de 3 comprimés
11. Proportion de plaquettes contenant de 4 comprimés
12. Pourcentage de possession de carte
13. Taux de couverture d’enfant = nombre d’enfants traités / nombre total d’enfants identifiés (sur base carte, plaquette et déclaration)
14. Pourcentage de carte contenant la date exacte du cycle
15. Principales raisons du non traitement des enfants 3-59 mois
16. Principales catégories de refus de la CPS
17. Principales réactions secondaires
18. Proportion de responsables d’enfants ayant communiqués les réactions secondaires au relais communautaire/ agent de santé
19. Pourcentage d’enfant ayant reçu 2 cycles CPS
20. Pourcentage d’enfant ayant reçu 3 cycles CPS
21. Pourcentage d’enfant ayant reçu 4 cycles CPS
22. Principales raisons de non traitement CPS
23. Pourcentage de concession bien marqué.

**Section générale : il s’agit des principaux indicateurs issus des questions d’ordre général.**

1. Pour mesurer l’impact de nos campagnes de sensibilisation, nous mesurerons :
2. Proportion de responsables d’enfants connaissant la CPS
3. Proportion de responsables d’enfants ayant entendu parler de la CPS
4. Principaux canaux d’information CPS
5. Pour mesurer l’effet immédiat de chaque cycle CPS, nous calculerons :
6. Prévalence de fièvre
7. Taux de fréquentation centre de santé
8. Prévalence du paludisme
9. Proportion de possession moustiquaire
10. Taux d’utilisation de moustiquaire
11. Taux de pulvérisation intra-domiciliaire

Pour comprendre davantage la qualité de mise en œuvre de la CPS, il sera calculé les indicateurs suivants :

1. Pourcentage de relais communautaire connu de la communauté
2. Pourcentage de relais communautaire provenant de la communauté

Indicateurs du rapport intermédiaire servant à informer les CS et DS

Cette série d’indicateurs doit être fournie dans les 10 jours calendaires de la réalisation de l’enquête avant le rapport final. Ce délai doit être respecté afin d’informer à temps l’équipe du management de Malaria Consortium sur les zones ou performance du programme faible. Pour cela, le rapport doit comporter un tableau indiquant uniquement les zones de supervision (ainsi que les zones de responsabilité constituant la zone de supervision) défaillant pour chaque indicateur du tableau ci-dessous. On entend par zone de supervision défaillant une zone n’ayant pas atteint le seuil de décision sur les 25 concessions visitées pendant l’enquête.

Les indicateurs suivants doivent être produits systématiquement après les enquêtes de fin de cycle (LQAS) et partager avec les districts en vue d’améliorer les cycles suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Unité d'analyse** | **Dénominateur** | **Seuil de décision** |
|  Taux de couverture d’enfant = nombre d’enfants traités au jour 1 / nombre total d’enfants identifiés | Enfant | Ménage ayant un enfant éligible | 23 |
|  Taux de couverture ménage = nombre de ménages avec au moins un enfant traité / nombre total de ménages identifiés | Menage | Ménage ayant un enfant éligible | 23 |
|  Proportion d’enfant d’enfants éligibles ayant reçu les 3 jours de traitement = nombre d’enfants éligibles ayant reçu les traitements de jours 1, 2 et 3 / nombre total d’enfants éligibles ayant reçu le traitement du jour 1 identifiés | Enfant | Enfant éligible atteint (Traitement jour 1) | 22 |
|  Pourcentage d’enfants traités par la DOT | Enfant | Enfant éligible atteint (Traitement jour 1) | 22 |
|  Pourcentage d’enfants éligibles possédant une carte CPS | Enfant | Enfant éligible atteint (Traitement jour 1) | 23 |
|  Pourcentage d’enfants éligibles avec une carte contenant les 3 jours de traitement/ nombre total d’enfants éligibles ayant une carte identifiés | Enfant | Enfant éligible atteint (Traitement jour 1) | 23 |
|  Pourcentage des gardiennes acceptant la CPS = nombre d’enfants éligibles ayant reçu la CPS / nombre total d’enfants éligibles identifiés aléatoirement | Enfant | Concession atteinte (sélection aléatoire d'un enfant éligible) | 25 |
|  Proportion des gardiennes d’enfants ayant entendu parler de la CPS | Gardienne d'enfant | Ménage ayant un enfant éligible | 23 |
|  Pourcentage des gardiennes ayant une bonne connaissance du but de la CPS | Gardienne d'enfant | Ménage ayant un enfant éligible | 23 |
|  Pourcentage des gardiennes connaissant la tranche d’âge éligible à la CPS | Gardienne d'enfant | Ménage ayant un enfant éligible | 21 |
|  Pourcentage des gardiennes connaissant l’importance de l’éligibilité d’âge d’enfant pour la CPS | Gardienne d'enfant | Ménage ayant un enfant éligible | 21 |
|  Pourcentage des gardiennes connaissant l’importance de l’administration de traitement de jours 2 et 3 | Gardienne d'enfant | Ménage ayant un enfant éligible | 21 |
|  Pourcentage de gardiennes connaissant les effets secondaires | Gardienne d'enfant | Ménage ayant un enfant éligible | 21 |
|  Pourcentage des gardiennes reconnaissant l’efficacité de la CPS | Gardienne d'enfant | Ménage ayant un enfant éligible | 22 |
|  Pourcentage des gardiennes ayant déclaré que les agents de santé distributeurs portaient un masque | Gardienne d'enfant | Concession atteinte (sélection aléatoire d'un enfant éligible) | 23 |
|  Pourcentage des gardiennes ayant déclaré avoir reçu d’information de prévention de COVID-19 des agents de santé communautaire | Gardienne d'enfant | Concession atteinte (sélection aléatoire d'un enfant éligible) | 23 |

**5. Rôles et responsabilités pour la mise en œuvre technique**

1. **Responsabilité de Malaria Consortium**

Malaria Consortium sera responsable de la conceptualisation de l’enquête, de la conception du questionnaire numérique et de l’accès à la plate-forme numérique (SurveyCTO), qui sera tous disponible pour l'enquête. Malaria Consortium co-facilitera la formation des enquêteurs à l'utilisation de SurveyCTO et à l'utilisation des questionnaires.

Pour faciliter la réalisation de cette étude, Malaria Consortium demandera l’autorisation auprès du Programme National de Lutte contre le Paludisme et informera ses partenaires (Délégations Provinciales de la Santé et Districts de Santé).

1. **Responsabilités du Cabinet**

Le Cabinet accepte de mener de façon rigoureuse l’enquête de couverture CPS dans les 20 Districts de santé répartis dans 6 Délégations provinciales de santé et d’exécuter les tâches décrites dans le présent contrat.

***Collecte et stockage de données***

Les données seront recueillies numériquement, très probablement en mode hors connexion et puis transférées à un serveur via un réseau mobile ou Wi-Fi à l’aide d’appareils mobiles, selon la disponibilité. Des appareils de poche numériques (smartphones) seront mis à disposition par Malaria Consortium.

Malaria Consortium utilise une plateforme numérique spécifique (**SurveyCTO**) et les agents enquêteurs seront dotés de niveaux d’accès appropriés pour la collecte de données par le biais de cette plate-forme.

***Analyse et gestion des données***

L’attributaire désignera, dès le début, la ou les personnes clé(e)s qui sera responsable de l’analyse des données. La plate-forme de gestion de données par défaut sera SurveyCTO, qui sera considérée comme stockage principal et outil de monitoring, et comme outil de base d’analyse. Toutefois, les soumissionnaires retenus seront encouragés à exporter les données vers un logiciel d’analyse de leur choix pour effectuer les analyses pertinentes. Malaria Consortium préfère travailler avec Stata, mais les autres logiciels de statistiques traditionnels sont autorisés. Malaria Consortium ne rendra pas disponible un tel logiciel, et le soumissionnaire doit être déjà en possession des licences appropriées pour leur logiciel de choix. Toutefois, le soumissionnaire fournira en plus des rapports une base de données apurée ayant servie à l’analyse au format .xls et le programme de production de tableaux et figures au format .do.

***Reportage***

Le soumissionnaire fournira un rapport préliminaire d’analyse. Ce rapport doit être disponible 10 jours maximum après la signature des contrats. Le rapport final doit être disponible au maximum 1 semaine avant le cycle suivant.

A l’issue de la collecte de données de terrain, le soumissionnaire fournira un rapport final d’analyse narratif, avec la description de tous les résultats et les indicateurs en conformité avec la validité du contrat. Le soumissionnaire fournira par la même occasion un rapport financier complet. La langue de tous les rapports sera le Français et l’anglais.

1. **Livrables**

**Livrable 1: Formation**

Le Cabinet doit former le personnel chargé de l’enquête (agents enquêteurs, superviseurs, analystes de données et autres personnels compétents) avant le début des travaux sur le terrain. Un rapport de deux pages au maximum sur les points pertinents de la formation ainsi que la liste de présence doivent être soumis.

**Livrable 2: Collecte de données de terrain**

Le Cabinet doit collecter et charger les données d’enquête sur la plate-forme numérique de Malaria Consortium (SurveyCTO), en utilisant des dispositifs numériques portables adéquats pour la collecte des données et en disposant d’un accès approprié à Internet pour le chargement des données sur la plateforme SurveyCTO.

 **Livrable 3** : Rapport intermédiaire

 **Livrable 4** : Le rapport analytique final, base de données et programme informatique (dofile)

1. **Date limite d’exécution des services**

Le Cabinet s'engage à respecter les délais suivants :

1. Formation du personnel de l’enquête terminée dans un délai maximum de [2] jours à compter de la signature du présent contrat. Le rapport de formation (maximum 2 pages) avec la feuille de présence et les résultats de l’évaluation des récipiendaires en annexe doit être remis dans les 48 heures suivant l’achèvement de la formation. Malaria Consortium prendra en compte ces activités dans les 24 heures suivant la réception du rapport de formation. Si des éclaircissements supplémentaires sont nécessaires, un délai maximum de 24 heures (jour ouvrable) sera accordé pour la nouvelle soumission. Sinon, la preuve de livraison ne sera pas approuvée par Malaria Consortium.
2. Enquête sur le terrain (collecte de données) achevée dans un délai maximum de sept [7] jours à compter de la signature du présent contrat ;
3. Rapport préliminaire remis dans les 3 jours suivant l'achèvement des travaux d'enquête sur le terrain.
4. Rapport final remis dans la semaine suivant la soumission du rapport préliminaire.
5. En cas de non-respect des délais susmentionnés, ces retards feront l'objet de pénalités équivalant à 0,5% de la valeur du contrat pour chaque jour de retard, jusqu'à concurrence de 10% de la valeur du contrat. Le paiement des retards sera déterminé par rapport à la preuve de livraison des délais d’exécution, toute pénalité pouvant être déduite du paiement final.

**Gestion financière et rapportage**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tranche** | **Description** | **Documents requis** | **Rapport Financier** |
| 1 | Paiement unique après la réalisation des services | 1. Rapport de formation des agents enquêteurs
2. Listes de présence des agents enquêteurs à la formation (numéro téléphone et signature)
3. Résultats d’évaluation des agents enquêteurs
4. Rapport d’enquête de terrain (rapport préliminaire)
5. Données envoyées vers SurveyCTO
6. Rapport final de l’étude
7. Base de données et programme dofile
8. Facture définitive
 | Oui |

**Condition de paiement :**

Soumettre une preuve de livraison conformément à la clause 5 de l'annexe 1, accompagnée de l'original complet des pièces justificatives.

1. http://www.who.int/immunization/monitoring\_surveillance/Vaccination\_coverage\_cluster\_survey\_with\_annexes.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. Du fait de la qualité de l’enquête de fin de cycle 1 (LQAS1), le taux minimal dans les districts a été retenu [↑](#footnote-ref-2)