

Termes de Reference

Développement d'un dispositif m-health dans le cadre d'un projet de prise en charge intégré de la malnutrition à base communautaire

Contexte et Justification

Le projet iCCM+ (*integrated Community Case Management*) aura lieu dans la région de Matam, au Nord du Sénégal, sur une population largement rurale : la part de la population rurale dépasse 73% (RGPHAE 2017). Plus de 45% de la population vit sous le seuil de la pauvreté (ANSD/SRSD, 2015). Ces dernières années ont montré que les changements climatiques, tels que les sécheresses et les inondations, ont fortement influencé le nombre de personnes en situation de malnutrition (USAID, 2016). La mortalité infanto-juvénile reste élevée à 71‰ dans la région de Matam contre 56 ‰ au niveau national (EDS continue, 2017). Quant à la couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois ayant reçus tous les vaccins de bas, elle reste faible à 69% dans la région de Matam et 68% dans la région de Louga contre 75% au niveau National (EDS continue, 2017).

Les régions Nord-Est du Sénégal cumulent depuis plusieurs années (SMART 2012, 2014 et 2015) l'insécurité alimentaire et les taux de malnutrition les plus élevés du pays. La dernière enquête nutritionnelle SMART réalisée en fin 2017 a montré dans la région de Matam une prévalence Globale de la Malnutrition Aiguë de 10,5% [9,1%-12,1% IC]. En ce qui concerne la Malnutrition Aiguë Sévère, la prévalence varie entre 0,6% dans le département de Matam et 1,4% dans le département de Kanel. Si au niveau de la MAS, la progression est encourageante, les prévalences au-dessus de 10,0% pour la MAG restent néanmoins préoccupantes si l'on considère l'échelle de classification de l'OMS. La région de Matam reste toujours vulnérable aux crises alimentaires et nutritionnelles. De même, l'estimation de la couverture du programme PECMAS en fin 2017 (SLEAC, 2017) dans la région de Matam est à 59%. L'ensemble de couverture PECMAS restent nettement inférieur au seuil fixé par le système de santé au niveau national qui est de 80%. Les principales barrières identifiées sont l'accès géographique, le manque de moyen de déplacement pour rejoindre les postes de santé qui sont éloignés de la communauté. De plus, l'accès aux services de santé et la couverture des soins de santé sont des problèmes majeurs, car dans certains districts, notamment Ranérou, plus de 60% de la population vit à plus de 10 km d'une structure de santé. Comme beaucoup d'hommes pratiquent la transhumance saisonnière avec leurs troupeaux, les femmes sont souvent laissées seules dans les villages, avec des tâches de garde complètes, luttant pour accéder aux services de santé en raison de problèmes de transport et de coûts.

Face aux barrières à l'accès au programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) et sur la base des preuves programmatiques de la capacité des stratégies de soins essentiels en communauté à lever certaines barrières d'accès aux soins à temps opportun pour les enfants, ACF a décidé d'évaluer l'impact de l'intégration de la prise en charge de la MAS dans le paquet des soins dispensé par les ASC (iCCM ou PECIME, Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire) au Sénégal à travers une recherche

opérationnelle. L'objectif principal de la recherche est de comparer l'efficacité et l'efficacé du traitement de la MAS au niveau communautaire, actuellement les cas de MAS sans complications éant pris en charge au niveau des postes de santé. Les résultats de cette étude pourraient informer sur l'approche en coût-efficacité la plus adaptée à une intégration la prise en charge de la MAS dans le paquet de soins essentiels en communauté au Sénégal et dans le monde.

Le développement d'un dispositif m-health pourrait d'une part, soutenir les ASC à la prise en charge des cas détectés au niveau communautaire (type guide de santé communautaire, *job aid*) et d'autre part, optimiser la gestion des données.

Objet de la Consultation

Objectif Général:

Conception ou adaptation d'une application mobile paramétrable, facilitant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, nutrition incluse, par les Agents de Santé Communautaire (ASC) et la gestion des données du dispositif PECIME.

Objectifs Spécifiques:

- Identifier les applications existantes présentant des fonctionnalités similaires ; Analyser les technologies utilisées pouvant être réutilisées pour l'application (exemples : MangoLogic, Community Health Toolkit, etc.).
- Développer une application en utilisant une plateforme existante.
- Appui technique pour l'installation de l'application et de sa mise en réseau.

Public cible de l'application

- Agents de santé Communautaire (au niveau des village
- Les superviseurs des ASC au poste de santé primaire

Fonctionnalités

1. Langue : Le français et le peul seront les langues de publication au niveau de la plateforme.
2. Fonction mobile : Intégrer une interface mobile qui puisse être téléchargé sur un téléphone de type Android. L'application doit être accessible en mode déconnecté.
3. Statistiques et gestion des données : Les données doivent pouvoir être intégrées/exportées sur une plateforme DHIS2. Le formulaire mobile devrait être capable de fonctionner d'une manière fluide avec des listes préchargées comportant des milliers d'itérations. La plate-forme sera munie d'un système d'alerte indiquant des nouvelles données téléchargées. Le système devrait permettre la collecte de donnée de type texte, numérique, logique, date, image, localisation, coordonnées GPS, date automatique, ainsi que des champs automatiques suivant les réponses précédentes
4. Gestion des cas : L'application devra permettre la gestion des cas de maladies infantiles et de malnutrition. Elle suivra les algorithmes tels que défini par les protocoles nationaux de prise en charge des maladies infantiles et de la malnutrition.

Organisation de l'activité

- a. Cadrage : Il est prévu d'organiser avec le prestataire de service des ateliers de cadrage afin d'ajuster les propositions énumérées, notamment sur le contenu.
- b. Planning : Un planning détaillé de la réalisation et de la mise en production de la plateforme sera produit et constituera la principale référence de travail jusqu'à la fin du projet.
- c. Tests d'avant production : Il est prévu une phase de tests. Un tableau de tests seront effectués à la fin du développement de la plateforme et ce, afin de permettre de valider la conformité de la solution aux spécifications des TDR et de vérifier le bon fonctionnement.
- d. Formation : Le prestataire doit former les administrateurs du site sur une durée de 3 jours pour assurer le transfert de compétences et la gestion des mises à jour du contenu de la plateforme.
- e. Livrables:
 - Une application Smartphone.
 - Document d'étude fonctionnelle et technique
 - Un manuel d'utilisation de l'application

Durée et période d'exécution

La durée de réalisation (conception, développement, tests, déploiement, formation) de l'application de six (03) mois maximum à compter de la date de notification de la sélection du prestataire

Une période de 10 mois est fixée pour corriger toute forme de dysfonctionnement de la plateforme virtuelle après sa mise en production.

Profil du prestataire de services et compétences requises

La consultation s'adresse aux sociétés répondant aux exigences définies par les présents termes de référence.

Dépôt du dossier de candidature

Le prestataire est prié d'envoyer les documents suivants à l'adresse suivante :

acfmissons@sn.acfspain.org au plus tard le 05 Octobre 2019

- a. Offre technique incluant :
 - Profil – Une note de présentation de la société précisant la date de création de l'entité, le capital social, le siège social.
 - Une description de la nature de l'activité et du domaine d'expertise ;
 - Expérience et prestations réalisées
 - Moyens humains et matériels du soumissionnaire
- b. Offre financière – budget détaillé nécessaire à la réalisation de la prestation.