**TERMES DE REFERENCE POUR UN-e CONSULTANT-e EVALUATEUR-trice**

**ÉVALUATION FINALE DE LA CONVENTION PROGRAMME SUR**

**La « Médicalisation des zones rurales à travers**

**la promotion des médecins généralistes communautaires**

**au Bénin, en Guinée et au Mali » (2019-2022)**

**SANTE SUD**

***Santé Sud***

***Juin 2022***

**Table des matières**

[ACRONYMES 2](#_Toc106657612)

[1. PRESENTATION DE SANTE SUD 3](#_Toc106657613)

[2. CONTEXTE 4](#_Toc106657614)

[3. PRESENTATION DU PROJET 5](#_Toc106657615)

[4. BENEFICIAIRES 8](#_Toc106657616)

[5. IDENTIFICATION des ACTEURS 8](#_Toc106657617)

[6. OBJECTIFS ET PORTEE DE L’EVALUATION 9](#_Toc106657618)

[7. OBJECTIFS SPECIFIQUES 10](#_Toc106657619)

[8. PRINCIPALES QUESTIONS ET CRITERES D’EVALUATION A MOBILISER 11](#_Toc106657620)

[9. METHODOLOGIE 14](#_Toc106657621)

[10. MISE EN OEUVRE DE L’EVALUATION 15](#_Toc106657622)

[11. DOCUMENTATION 16](#_Toc106657623)

[12. LIVRABLES ATTENDUS 16](#_Toc106657624)

[13. BUDGET 17](#_Toc106657625)

[14. EXPERTISE RECHERCHEE 18](#_Toc106657626)

[15. POUR REPONDRE A CET APPEL A MANIFESTATION D’INTERET 18](#_Toc106657627)

[16. CRITERES DE SELECTION 20](#_Toc106657628)

[17. ETHIQUE D’EVALUATION 21](#_Toc106657629)

# ACRONYMES

AFD : Agence Française de Développement

AIMS : Centre D’Appui Technique au Institutions de Micro-assurance Santé

AMC-Mali : Association des Médecins de Campane du Mali

AMGCB : Association des Médecins Généralistes Communautaires du Bénin

ASPPSM : Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali

CAD : Comité d’Aide au Développement de l’OCDE

CMC : Cabinet Médical Communautaire

COMEC-GUI : Collége des Médecins Communautaires de Guinée

CSCom : Centre de Santé Communautaire (Mali)

DDS : Direction Départementale de la Santé (Bénin)

DRS : Direction Régionale de la Santé (Guinée)

DPS : Direction Préfectorale de la Santé (Guinée)

FMG : Fraternité Médicale Guinée

MGC : Médecine Générale Communautaires

NIONG : Note d’Initiative ONG

OCDE : Organisation pour la Coopération et le Développement en Europe

RMS : Référent Maitre de Stage

VSI : Volontaire de Solidarité Internationale

VSCI : Volontaire de Service Civique International

# PRESENTATION DE SANTE SUD

Sante Sud est une ONG de solidarité internationale reconnue d’intérêt général, créée en 1984 à Marseille par des professionnel.les de la santé et du médico-social. L’objet de l’association est de contribuer à l’amélioration du bien-être des populations les plus vulnérables dans les pays en développement, en soutenant les systèmes de santé et les structures médicales, sociales, publiques et privées des pays dans lesquels elle intervient. Santé Sud utilise une méthodologie éprouvée de mise en œuvre de projets ciblant : la structuration et le renforcement des capacités institutionnelles, le renforcement des compétences des personnels (formation et projet individualisé), la formation de formateurs spécialisés pour initier un relais local de formation continue, des échanges interprofessionnels et la mise en réseau des acteurs associatifs et publics, la sensibilisation de l’opinion publique et le plaidoyer auprès de leaders politiques et religieux et des bailleurs. L’organisation met notamment en place des dispositifs de renforcement des systèmes sanitaires des pays d’Afrique avec pour objectif l’amélioration de l’accès et de la qualité des soins dispensés aux populations.

Depuis près de 30 ans, Santé Sud a développé un concept de Médecine Générale Communautaire, ainsi qu’une méthodologie qui a permis la formation, l’installation et le suivi de plus de 250 médecins en zones rurales au Mali, à Madagascar, au Bénin et en Guinée. Liés par une convention de partenariat avec les districts sanitaires et les communes où ils exercent, ces médecins et leur équipe de soin proposent dans une même pratique des soins curatifs pour l’individu, la médecine préventive et la promotion de la santé pour la communauté. Cette double fonction permet d’étendre la couverture et la qualité des soins de santé primaires à un coût peu élevé pour les systèmes de santé nationaux.

Ce type de programme entend répondre à une double préoccupation, liée au déficit en médecins généralistes exerçant dans les zones rurales et périurbaines, alors que le nombre de jeunes médecins diplômés sans emploi se multiplie, et que la population de beaucoup de pays d’Afrique continue à vivre majoritairement en zones rurales.

# CONTEXTE

Dans la plupart des pays d’Afrique de l’Ouest, l’état de santé des populations demeure souvent très en dessous des normes sanitaires minimales. Les systèmes de santé nationaux sont caractérisés par un manque de ressources financières et humaines qualifiées, une planification et une gestion des ressources souvent déficientes. Il en résulte un défaut d’accès aux soins et une couverture sanitaire incomplète des territoires. Une telle situation favorise une morbidité et une mortalité importantes, liées à des taux élevés de maladies infectieuses, telles que le paludisme, la rougeole, la pneumonie et les maladies diarrhéiques, des pathologies normalement prises en charge par la première ligne de soins.

De façon générale, l’accès aux soins de santé primaires se heurte à des contraintes géographiques et financières. L’accès aux services de santé est concentré surtout autour des centres urbains, alors que les zones rurales possèdent une couverture sanitaire très inégale et souvent déficiente. En Afrique, plus de 80% des professionnels de santé pratiquent en ville, alors que 60% à 80% de la population réside en région rurale[[1]](#footnote-1). La participation financière requise des usagers représente une barrière importante pour les ménages les plus pauvres. Une étude récente a montré que le secteur de la santé en Afrique de l’Ouest était financé à plus de 50% par les ménages eux-mêmes, témoignant ainsi du faible niveau de financement du secteur public[[2]](#footnote-2) . Cependant, des dynamiques locales de partenariat public-privé voient progressivement le jour : développement de cabinets privés, tarification de soins négociés, mutuelles communautaires etc.

L’aide à l’installation et au renforcement de médecins généralistes communautaires (MGC) dans les centres de santé communautaires, particulièrement en milieu rural, la pérennisation de ces installations et leur intégration dans les systèmes de santé nationaux constituent des enjeux importants dans la perspective d’améliorer l’accessibilité et la qualité des soins.

C’est dans ce cadre que vient s’inscrire cette convention programme financée par l’AFD et mise en œuvre par Santé Sud et ses partenaires, intitulée « La médicalisation des zones rurales à travers la promotion des médecins généralistes communautaires au Bénin en Guinée et au Mali

Ce projet vise à renforcer l’accès durable à des soins de qualité pour les populations des zones rurales du Bénin, de Guinée et du Mali par la promotion du métier de médecin généraliste communautaire, notamment en accompagnant l’installation de jeunes médecins en zone rurale, en appuyant la reconnaissance de leur cadre d’exercice et le renforcement des associations professionnelles les représentant. Dans le cadre du projet, une démarche de capitalisation vise aussi à valoriser la méthodologie de médicalisation des zones rurales développée afin de la partager en Afrique de l’Ouest.

# PRESENTATION DU PROJET

Le projet, lancé en juin 2019, est mis en œuvre jusqu’au 31 octobre 2022, sa date de clôture initialement prévue en juin 2022 ayant été repoussée, suite au retard pris dans la mise en œuvre de certaines activités. Sa mise en œuvre est axée sur l’atteinte de quatre résultats principaux :

- l’extension et le renforcement du réseau de MGC en première ligne (R1),

- le renforcement d’organisations de la société civile (OSC) et leur reconnaissance en tant qu’interlocuteurs de référence des responsables de santé publique (R2),

- le renforcement du cadre d’exercice de la médecine communautaire (R3) ;

- la capitalisation, évaluation et mise en partage de la médecine générale communautaire (R4).

C’est dans le cadre de ce quatrième résultat attendu que s’inscrit la démarche d’évaluation du projet. Le présent appel d’offre vise ainsi au recrutement d’un-e consultant-e expert-e en programmes de développement dans le secteur de la santé, capable de conduire une évaluation et d’apprécier les points forts et les points faibles du projet. La/le consultant-e devra mettre en lumière les acquis du projet tout en proposant une analyse approfondie de sa pertinence et de sa cohérence, ainsi que de son efficacité, assortie de recommandations applicables dans les phases ultérieures du programme.

**Objectif global du programme :** Renforcer l’accès durable à des soins de qualité pour les populations des zones rurales en Afrique de l’Ouest

**Indicateur(s) d’impact du projet :**

La couverture médicale de la première ligne de soins augmente dans les zones sanitaires concernées des trois pays ;

**Objectif spécifique du programme :** Promouvoir la médicalisation des zones rurales à travers la reconnaissance du métier de médecin généraliste communautaire au Bénin, en Guinée et au Mali

**Indicateur d’atteinte de l’objectif spécifique :**

- Les politiques publiques intègrent/renforcent les dispositifs appuyant la médicalisation des zones rurales dans les trois pays.

**Résultat 1 :** la couverture sanitaire de première ligne en zones rurales est améliorée à travers le renforcement et l’extension du réseau de médecins généralistes communautaires

**Principales activités prévues :**

Activité R1.A1 : Réhabiliter et/ou équiper de nouveaux centres médicaux communautaires en partenariat avec les acteurs publics et communautaires concernés au Bénin et en Guinée

Activité R1.A2 : Former/renforcer un pool de formateurs Référents Maîtres de Stage en Guinée, au Bénin et au Mali.

Activité R1.A3 : Accompagner le processus d’installation de nouveaux MGC en zones rurales au Bénin, en Guinée et au Mali*.*

Activité R1.A4 : Etendre l’utilisation du dossier médical partagé informatisé au Bénin, en Guinée et au Mali.

**Résultat 2 :** Les OSC professionnelles représentant les MGC sont renforcées et reconnues en tant qu’interlocuteurs de référence des responsables de la santé publique

**Principales activités prévues :**

Activité R2.A1 : Appuyer les OSC représentant les MGC dans l’élaboration et/ou la mise à jour de leur projet associatif et de leur plan stratégique de développement

Activité R2.A2 : Appuyer la mise en œuvre des plans d’actions stratégique à travers des actions de formation ciblées ;

Activité R2.A3 : Faciliter la concertation régulière des OSC représentant les MGC avec les représentants du ministère de la santé publique au niveau central, régional et/ou local

**Résultat 3 :** Le cadre d’exercice de la médecine générale communautaire est renforcé au Bénin, en Guinée et au Mali selon une démarche pluri-acteurs

**Principales activités prévues :**

R3-A1 : Accompagner la création et la coordination d’un groupe de travail pluri-acteurs pour le renforcement du cadre d’exercice du MGC ;

R3-A2 : Coconstruire les documents clefs et outils nécessaires à l’institutionnalisation du cadre d’exercice du MGC : référentiel métier, formation préalable, formation continue, certification des centres de santé ;

R3-A3 : Accompagner la validation des documents clefs nécessaires au renforcement du cadre d’exercice du MGC par les partenaires publics ;

**Résultat 4 :** La méthodologie de médicalisation des zones rurales est capitalisée, évaluée et mise en partage en Afrique de l’Ouest

**Principales activités prévues :**

R4-A1 : Organiser des rencontres régionales sur la médicalisation des zones rurales en Afrique de l’Ouest ;

R4-A2 : Réaliser une capitalisation de différentes composantes du programme ;

R4-A3 : Réaliser une évaluation externe finale du programme

**Coordination du projet**

Le suivi technique du projet est assuré à l’aide du dispositif suivant :

La mise en œuvre des activités dans chacun des trois pays est assurée par un-e chef-fe de projet national. Au Bénin, le chef de projet employé par l’AIMS, association partenaire basée à Parakou, a été en fonction jusqu’au 15 juin 2022, date à laquelle cette association a interrompu son partenariat avec Santé Sud. Des solutions alternatives sont actuellement mises en place pour assurer la continuité de mise en œuvre du projet du 15 juin à fin octobre 2022 au Bénin ; en Guinée, le chef de projet est employé par l’association FMG dont le bureau régional est à Labé. Au Mali, la cheffe de projet est employée par l’ASPPSM et basée à Bamako. Ces trois partenaires opérationnels, AIMS, FMG et ASPPSM bénéficient d’une rétrocession budgétaire dans le cadre de la convention programme. En Guinée, le chef de projet est assisté d’un VSCI employé.e par Santé Sud. Au Bénin la VSI de Santé Sud qui assistait le chef de projet de l’AIMS est appelée à lui succéder.

Une coordination régionale du projet est basée à Bamako au Mali et composée du directeur de Santé Sud Mali, d’une VSI chargée d’appui transversal régional, d’un responsable administratif et d’un informaticien.

Au siège de Santé Sud en France, un responsable de programme appuyé par une assistante de programme assure la coordination globale du programme, en lien avec la coordination régionale de Santé Sud Mali et les associations partenaires, l’AIMS au Bénin, FMG en Guinée et l’ASPPSM au Mali.

**Déroulement du projet**

Les premiers mois du projet en 2019 ont été consacrés principalement à la planification opérationnelle et administrative avec les partenaires du projet. Le déploiement opérationnel a été marqué dans les différents pays d’intervention par plusieurs évènements importants sur le plan sanitaire et politique.

La pandémie de COVID-19 a touché la France, ainsi que l’Afrique de l’Ouest à partir de mars 2020. Cette situation a eu un impact direct sur le calendrier d’exécution de la convention programme, avec des reports et/ou des ralentissements dans la mise en œuvre des activités et la prise de poste de certaines ressources humaines.

En parallèle de cette situation sanitaire particulière, les pays bénéficiaires du projet ont également été marqués par des changements de gouvernance. Ainsi, sur le plan politique, au Mali, le pays déjà fragilisé par le conflit dans sa région Nord, a été marqué par deux coups d’Etat menés par les militaires, et ayant abouti à la mise en place d’un gouvernement de transition, le premier le 19 août 2020 et le second le 26 mai 2021. En Guinée, des tensions socio-politiques autour de la réforme constitutionnelle appuyant la réélection du président ont conduit à de violentes manifestations à travers le pays durant le premier trimestre 2020 qui se sont soldées, après une période d’accalmie, par un coup d’Etat le 5 septembre 2021. Ces crises politiques ont conduit à la mise en place de nouvelles instances de gouvernement dans les deux pays concernés.

La mise en œuvre des activités a pu accélérer en 2021 et 2022, grâce à un retour progressif à la normal sur le plan sanitaire et un relatif retour au calme de la vie politique locale.

Sur le plan opérationnel, on notera que les activités d’installation de nouveau médecins (résultat 1) ont pris plus de temps que prévu pour nos partenaires de terrain au Bénin et en Guinée, au détriment des activités portant sur l’institutionnalisation des dispositifs de médicalisation qui ont commencé plus tardivement. Enfin, des relations partenariales difficiles entre acteurs du projet au Bénin ont également contribué localement à des retards de mise en œuvre des activités, puis finalement au retrait d’un des partenaires nationaux du projet en juin 2022.

Un avenant budgétaire accordé par l’AFD en octobre 2021 a permis de réviser le plan de mise en œuvre des activités et de repousser la date de clôture effective du projet au 31 octobre 2022.

# BENEFICIAIRES

**Mali :**

- Zones concernées : Le district de Bamako et 6 régions (Koulikoro, Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou)

- Bénéficiaires directs : 150 MGC installés en centre de santé communautaire ou en cabinet privé et l’AMC-Mali représentant les médecins généralistes ruraux.

- Responsables : 2 OSC : ASP-PSM (en charge de la coordination locale), AMC-Mali

- Bénéficiaires Indirects : 1 875 000 habitants des aires de responsabilité des CMC.

**Guinée :**

- Zones concernées : les régions de Labé, Boké, Faranah

- Bénéficiaires directs : 10 MGC installés + 7 MGC installés dans le cadre de la convention programme et le COMEC-GUI représentant les médecins généralistes ruraux.

- Responsables 2 OSC : FMG (en charge de la coordination locale), COMEC-GUI,

- Bénéficiaires Indirects : 224 000 habitants : 112 000 habitants des aires de responsabilité des CMC + 112 000 personnes suite aux nouvelles installations dans le cadre de la convention.

**Bénin :**

- Zones concernées : les départements du Borgou, et de l’Alibori.

- Bénéficiaires directs : 16 MGC installés + 7 MGC installés dans le cadre de la convention programme et l’AMGCB représentant les médecins généralistes ruraux.

- Responsables 3 OSC : AIMS (en charge de la coordination locale), AMGCB, PSSP

- Bénéficiaires Indirects : 375 000 habitants : 250 000 habitants des aires de responsabilité des CMC + 125 000 personnes suite aux nouvelles installations dans le cadre de la convention (moyenne aire : 12 500).

# IDENTIFICATION des ACTEURS

L’évaluation devra inclure la participation des acteurs suivant :

* Les membres de Santé Sud, incluant l’équipe programme au siège de l’organisation, la coordination régionale basée à Bamako au Mali, les chargé.e.s de mission basés à Parakou au Bénin et à Labé en Guinée, ainsi que les expert.e.s associatif.ve.s de Santé Sud basé.e.s en France.
* Les représentants des huit OSC nationales partenaires directs dans la mise en œuvre du projet :

- Trois au Bénin : L’AIMS (Centre d’Appui technique aux Institutions de Micro Assurance Santé) coordonnant la mise en œuvre des activités depuis Parakou au Bénin, l’Association des Médecins Généralistes Communautaires du Bénin (AMGCB) et la Plateforme du Secteur Sanitaire Privé (PSSP) ;

- Deux en Guinée : L’ONG Fraternité Médicale Guinée coordonnant la mise en œuvre des activités en Guinée (siège à Conakry et bureau de coordination à Labé) et le Collège des Médecins Généralistes Communautaires de Guinée ;

- Deux au Mali : L’Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé (ASPPSM) coordonnant la mise en œuvre des activités depuis Bamako au Mali et l’Association des Médecins de Campagne du Mali ;

- Une en France : l’association Datasanté, conceptrice du logiciel Dossier Patient Informatisé Datasanté ;

* Acteurs publics : Ministères de la Santé des trois pays concernés, ainsi que les autorités sanitaires déconcentrées au niveau régional ou départemental ;
* Acteurs de l’enseignement supérieur : Facultés de médecine de Parakou (Bénin) et de Conakry (Guinée) et de Bamako (Mali)
* Autorités communales et territoriales ;

# OBJECTIFS ET PORTEE DE L’EVALUATION

Le but de cette évaluation est d’établir un bilan et une analyse de la mise en œuvre du projet avec les principaux items suivants :

* Déterminer dans quelle mesure les objectifs et les résultats du projet ont été effectivement atteints ;
* Identifier les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et l’atteinte des résultats attendus, ainsi que les leçons apprises, et formuler des recommandations pour la mise en œuvre de futures phases de ce programme ;

Il s’agit de faire un bilan de cette première phase du programme de médicalisation des zones rurales financée par l’AFD, afin d’évaluer notamment :

* Les effets de l’activité des médecins généralistes sur l’offre et la qualité des soins de premier niveau ;
* La validité des dispositifs d’installation, de suivi et de rétention des médecins à leur poste ;

- L’adaptation du programme aux besoins des systèmes sanitaires nationaux ;

* Les mécanismes de participation et de coordination entre les différents partenaires du programme ;
* Le niveau de reconnaissance institutionnelle et de partenariat développés par les médecins ruraux et les associations les représentant, auprès du secteur public ;
* Le degré d’institutionnalisation du cadre d’exercice de la médecine générale communautaire.

Plus spécifiquement, plusieurs points d’attention seront à prendre en compte lors de cette évaluation :

* L’efficacité de la méthodologie d’installation des médecins généralistes communautaires en zones rurales dans ses différentes phases (formation préalable, identification des sites, études de faisabilité, réhabilitation, équipement, installation, suivi-accompagnement, mise en réseau…), ainsi que son adaptation aux enjeux et contraintes des différents terrains d’intervention ;
* Les bénéfices de la mise en place du logiciel de dossier patient informatisé DATASANTE permettant la collecte des données au niveau des cabinets médicaux communautaires, la coordination des soins et l’alimentation du système d’information sanitaire ;
* Les enjeux et perspectives de développement des organisations professionnelles de médecins partenaires du projet, analysés à travers la vision stratégique de leur rôle et leur relation avec le secteur public, leur capacité à promouvoir et défendre les intérêts de leurs membres, leur degré d’autonomisation et leur capacité à concevoir et mettre en œuvre leur projet associatif ;

- Les progrès et perspectives dans l’élaboration d’un cadre de référence pour l’institutionnalisation de l’exercice de la médecine générale communautaire, principalement au Mali (référentiel métier, curriculum de formation), dans une perspective de partenariat public-privé ;

L’évaluation s’attachera de façon globale à analyser le programme et sa mise en œuvre sur la base des critères d’évaluation améliorés du réseau CAD de l’OCDE : pertinence, cohérence efficacité, efficience, impact et pérennité du programme.

Cependant dans le cadre de cette phase de convention-programme, les critères de pertinence, de cohérence et d’efficacité du projet seront plus particulièrement étudiés. En effet, dans la mesure où les enjeux de renforcement des partenaires et d’institutionnalisation sont des processus longs et progressifs, plusieurs phases de programme seront nécessaires avant d’aboutir à des résultats effectivement pérennes et mesurables.

Les questions d’impact et de pérennité seront étudiées à ce stade de la convention programme, mais surtout dans une vision prospective. L’évaluation aura ainsi pour enjeu de fournir des recommandations pour l’orientation des phases suivantes du programme.

# OBJECTIFS SPECIFIQUES

L’analyse portera sur différents niveaux :

* Le pilotage (management) du projet :
  + La cohérence et la pertinence des objectifs fixés par le projet ;
  + Les modalités de pilotage et la gestion du projet tenant compte de l’organigramme initial, de l’implication et de la coordination des différents acteurs et des enjeux contextuels ;
  + Les résultats finaux obtenus par rapport aux objectifs et résultats escomptés, avec une mesure des principaux indicateurs de résultat ;
* Le système de santé :
  + La cohérence et l’efficacité des réseaux de cabinets médicaux communautaires mis en place, leurs relations et leur degré d’association ou d’intégration dans le système de santé public de chaque pays ;
  + La satisfaction des acteurs publics et des organisations professionnelles de médecins ;
  + La viabilité économique du dispositif de médicalisation mis en œuvre ;
* L’offre de soins :
* Décrire et analyser l’activité des cabinets médicaux communautaires à travers leur offre de services (consultations externes, CPN, accouchement, CPoN, planning familial, vaccination, labo) ;
* Apprécier l’accessibilité des soins, l’accueil et la disponibilité des équipes soignantes ainsi que la qualité des soins dispensés ;
* Mesurer la couverture sanitaire des centres à partir de quelques activités traceuses (par exemple consultations médicale, CPN, accouchement) rapportées aux bassins de populations desservis ;
* Au niveau institutionnel :
* Apprécier le degré de structuration et d’autonomisation des OSC représentant les médecins généralistes exerçant en milieu rural, leur niveau de concertation et de partenariat avec les acteurs publics, leur capacité à élaborer une stratégie de promotion de leur reconnaissance et d’institutionnalisation de leur cadre d’exercice auprès du secteur public,
* Apprécier si et comment les politiques publiques favorisent la structuration du secteur privé et son rapprochement avec le secteur public.

# PRINCIPALES QUESTIONS ET CRITERES D’EVALUATION A MOBILISER

A titre d’exemple, et sans prétendre être exhaustives, quelques questions regroupées par critère clés sont proposées ci-dessous afin d’orienter l’évaluation :

* 1. **Pertinence des objectifs et résultats attendus initiaux**
* Dans quelle mesure le projet a-t-il répondu aux attentes et besoins des groupes cibles, ainsi qu’aux besoins propres à chaque système de santé national ?
* En quoi les solutions proposées sont-elles adaptées au contexte socioculturel, économique et sanitaire des trois pays ?
* Les actions menées ont-elles été réalisées en adéquation avec les missions et les capacités des partenaires opérationnels locaux impliqués ?
* Les résultats attendus du projet s’inscrivent-ils dans le cadre des politiques sectorielles de developpement du secteur de la santé menées par les gouvernements des trois pays ?
  1. **Cohérence**
* Les objectifs et résultats attendus et obtenus de ce projet répondent-ils aux objectifs principaux de Santé Sud, de ses partenaires nationaux et de l’AFD ?
* Les différentes activités réalisées ont-elles toutes joué un rôle essentiel et complémentaire pour l’atteinte des objectifs du projet ?
* Les objectifs, résultats attendus et activités projetées forment-ils un ensemble cohérent et réaliste au regard des enjeux et priorités des systèmes de santé nationaux ?
* Quelle est la valeur ajoutée des initiatives de médicalisation appuyées par Santé Sud, en comparaison avec d’autres initiatives menées en parallèle sur les mêmes territoires et/ou les mêmes thématiques ?
* Les stratégies et les modalités de partenariat développées sont-elles en cohérence avec les objectifs et résultats attendus du projet ?
  1. **Efficacité**
* Dans quelle mesure le projet a-t-il atteint les objectifs et résultats attendus ?
* Les bénéficiaires directs et indirects sont-ils globalement satisfaits des avancées du projet ?
* Des difficultés dans la mise en œuvre des activités ont-elles eu lieu ? Si oui, quelle influence cela a-t-il eu sur le déroulement du projet et l’atteinte des résultats ?
* Les obstacles rencontrés auraient-ils pu être évités ? Comment ont-ils été dépassés / contournés ?
* Quelles ont-été les évolutions notoires liées à l’institutionnalisation de la médecine générale communautaire et au renforcement des OSC dans la négociation avec les pouvoirs publics ?
* Les ressources humaines, affectées initialement au projet étaient-elles adaptées ? Les adaptations opérées étaient-elles nécessaires et justifiées ? Ont-elles permis d’atteindre les objectifs ?
  1. **Efficience**
* Les résultats obtenus auraient-ils pu être atteints avec des ressources moins importantes ou sur une période de temps plus courte ?
* Le pilotage du projet (management, gestion des partenariats et des ressources humaines, suivi financier…) a-t-il permis une mise en place adéquate des activités prévues et à moindre coût, au regard du budget imparti ?
  1. **Impact**
* Dans quel mesure le projet a-t-il permis d’améliorer l’accès et la qualité des soins pour les populations cibles ?
* Les services de santé proposés couvrent-ils réellement les demandes et les besoins des populations bénéficiaires ?
* Les actions du projet ont-elles permis aux Médecins Généralistes Communautaires de renforcer leurs pratiques professionnelles ?
* Quelles seraient les actions prioritaires et indicateurs à mettre en place pour assurer et mesurer un impact durable sur l’accès et la qualité des soins ?
  1. **Pérennité**
* La mise en œuvre du projet a-t-elle mené à une autonomisation des OSC et à une reconnaissance institutionnelle durable de la médecine générale communautaire ?
* Les acteurs clés du projet ont-ils gagné les capacités techniques et institutionnelles nécessaires pour la poursuite du processus de médicalisation des zones rurales ?
* Les médecins installés ont-ils des moyens suffisants et autonomes pour leur maintien en poste sur le long terme ? Quel est le degré de synergie existant entre le projet et les politiques publiques des différents pays d’intervention ? Est-ce que cette synergie peut être qualifiée de durable ?
* Quelles leçons peut-on tirer pour prolonger l’action, tant en termes de dispositifs ou de stratégies à mettre en œuvre ? Y aurait-il des actions qui seraient alors considérées comme prioritaires ?
  1. **Coordination**
* Est-ce que le dispositif de coordination et de collaboration entre partenaires a permis une mise en œuvre optimale des activités du projet ? Si non, pour quelles raisons ?
* Les expériences novatrices du projet ont-elles fait l’objet d’échanges avec d’autres acteurs sur le plan national voire international ? Si non, quelles synergies locales ou externes auraient pu être développées ?
* Les stratégies et instances prévues pour assurer une participation active des partenaires lors de toutes les phases du cycle de projet ont-elles été mises en œuvre ?
* Dans quelle mesure les dynamiques partenariales ont-elles affecté, de manière positive ou négative le projet ?
  1. **Thématiques transversales : Genre et environnement**
* Concernant le genre, l’évaluation mettra en avant les mesures prises par le projet pour la promotion de l’égalité entre les genres auprès des groupes cibles et des bénéficiaires finaux du projet. Une attention sera notamment portée à la représentation des professionnel.le.s de santé et à l’accès aux soins des bénéficiaires finaux selon leur genre.
* L’impact environnemental sera abordé notamment en fonction des enjeux de production et consommation d’énergie et de gestion et traitement des déchets dans les centres de santé partenaires du projet, également en fonction des couts de déplacement nationaux et internationaux des acteurs et partenaires du projet.

# METHODOLOGIE

L’évaluation prendra la forme d’une étude rétrospective, analytique basé sur un échantillon représentatif des médecins généralistes et cabinets médicaux communautaires concernés.

Une méthodologie précise devra être proposée par le·la consultant·e, dans laquelle les points suivants devront être pris en considération :

* Le·la consultant·e effectuera initialement une analyse de la documentation disponible sur le projet.
* Les différentes parties prenantes du projet seront rencontrées soit directement sur le terrain, soit en vidéoconférence, afin de permettre leur participationà l’évaluation. Seront impliqués les principaux responsables du projet (coordination siège et régionale de Santé Sud), les partenaires opérationnels nationaux de la convention programme, ainsi que les autres acteurs clés liés au projet : Médecins Généralistes Communautaires, autorités sanitaires nationales et locales, autorités territoriales, bénéficiaires finaux, partenaires techniques et financiers, facultés de médecine.

L’approche doit être participative avec des visites de sites et des entretiens collectifs et individuels :

* Des entretiens avec les multiples parties prenantes du projet, en vue de recueillir les différents points de vue pour mener une analyse croisée et objective des opinions recueillies sur les performances du projet.
* Un examen des rapports et outils de gestion permettant de vérifier la réalité des activités réalisées ; le personnel du projet devra mettre à disposition tous les documents clés ;
* Des visites de cabinets médicaux communautaires en activité dans les zones rurales dans les trois pays, pour évaluer la qualité technique des interventions clés du projet ;
* Des enquêtes ciblées auprès d’un échantillon représentatif des bénéficiaires, activités et zones d’intervention du projet.
* Des interviews par groupe de parole (focus group) avec les bénéficiaires clés pour évaluer les changements apportés sur les territoires ciblés pendant la durée du projet.
* Une collecte et analyse des indicateurs de résultat du projet.
* Une comparaison de données d’activité sanitaire provenant des cabinets de santé communautaires sur différentes périodes du projet à l’aide de méthodes quantitatives.

**Sécurité**

Des déplacements sur le terrain sont donc à prévoir dans les trois pays d’intervention. L’évaluateur devra cependant prendre en compte les conditions de sécurité prévalant actuellement dans les pays d’intervention.

Ainsi, au Mali, les déplacements pour les non maliens sont réduits à la ville de Bamako pour des raisons de sécurité. Des réunions avec les partenaires peuvent facilement être organisées à Bamako.

Dans le Nord du Bénin, certaines zones frontalières avec le Burkina Faso, Niger et Nigeria sont également hors d’atteinte. La ville de Parakou et de nombreux sites de cabinets médicaux communautaires restent accessibles à des visiteurs étrangers.

En Guinée, aucune restriction d’accessibilité ne touche actuellement les différents sites du projet (régions de Labé, Boké et Conakry).

Pour plus d’informations, se référer au site du ministère français des Affaires Etrangères et aux cartes pays dans les onglets sécurité des pages consacrées à chaque pays, à l’adresse internet suivante : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/mali/#securite>

# MISE EN OEUVRE DE L’EVALUATION

Le processus d’évaluation pourra se dérouler en 4 phases sur une durée estimée à 9 semaines, selon la proposition suivante :

**3.1 Phase documentaire** (une semaine)

* Mise à disposition de tous les documents liés aux activités du projet ;
* Analyse documentaire, ajustement des termes de référence et organisation pratique de la mission avec le comité technique ;
* Validation de la note de cadrage produite par le consultant ;
* Planification de la phase terrain avec la coordination régionale de Santé Sud au Mali qui prendra les dispositions nécessaires pour faciliter le travail d’évaluation.

**3.2 Phase terrain** (cinq semaines)

* Rencontres et entretiens avec les acteurs clés ;
* Visites de terrain sur les sites de MGC concernés retenus sur l’échantillonnage ;

Pour chacune de ces visites, une réunion d’information sera organisée avec les partenaires locaux (équipe projet, représentants des OSC) aux premiers jours de la phase terrain.

**3.3 Phase de synthèse** (une semaine)

* Analyse des données recueillies et des constatations faites. Rédaction et proposition des recommandations.
* Réunion de restitution et discussion avec l’équipe programme de Santé Sud.
* Proposition d’une trame de rapport final tenant compte des observations formulées au cours de la réunion de restitution.

**3.4 Phase d’élaboration du rapport final** (deux semaines)

* Remise d’un rapport provisoire
* La rédaction du rapport final sera réalisée pour être présenté officiellement au comité de pilotage et à l’AFD. Une réunion de restitution finale en présentiel en France est à prévoir, ainsi qu’une réunion en visio-conférence avec les partenaires des pays d’intervention.

# DOCUMENTATION

Différents documents clés relatifs au projet seront mis à disposition du/des consultant·es sélectionné.e.s :

* La proposition initiale de projet, la note d’initiative ONG (NIONG) de Santé Sud validée par l’AFD ;
* L’avenant budgétaire d’octobre 2021 et les Avis de Non Objection (ANO) de l’AFD;
* Les accords de partenariat et les conventions (AFD, partenaires nationaux) ;
* Les rapports intermédiaires de mi-parcours transmis à l’AFD ;
* Les rapports et vidéos de capitalisation ;
* L’ensemble des documents de travail ou autres documents produits au cours de la mise en œuvre des activités telles que les rapports de suivi, les rapports de mission, les rapports de consultant·es, les rapports d’études réalisées, les présentations, les rapports de formation… etc ;
* Les données d’activité des centres de santé partenaires au Bénin et en Guinée, recueillies durant le programme ;
* Les rapports d’évaluation de phases antérieures de programme de médicalisation menées par Santé Sud dans les pays d’intervention.

# LIVRABLES ATTENDUS

* **Une note de cadrage** détaillée précisant la démarche, un point sur les premières investigations réalisées sur la base des lectures et entretiens à distance avec les partenaires, les hypothèses et questions qui seront abordées par le.la consultant-e sur le terrain, le déroulement de l’évaluation (notamment sur le terrain), le planning prévisionnel des personnes qu’il·elle compte rencontrer et la méthode employée, les démarches et outils de collecte et d’analyse de données qui seront mobilisés et le planning de mise en œuvre.

Une communication régulière entre le.la consultant-e et Santé Sud (siège et/ou coordination régionale) devra être réalisée tout au long du processus d’évaluation.

* U**n rapport provisoire** en français sous format MS Word, d’environ 40 pages (hors annexes), produit suite aux missions de terrain par le consultant et comprenant :
* Une brève introduction ;
* Une présentation des objectifs, de la méthodologie et des limites de l’évaluation ;
* Une analyse du projet à partir des critères d’évaluation, des observations réalisées, des enseignements tirés et des conclusions
* Une liste de recommandations sur la base des éléments analysés pour assurer l’éventuelle poursuite du programme ;
* Des annexes (ex. liste des personnes interrogées et des lieux visités, méthodologie, calendrier, données recueillies, etc.) ;

Ce rapport provisoire sera soumis à Santé Sud pour relecture et commentaires.

* **Un rapport final** en français dans lequel le·la consultant·e aura intégré les réponses aux questions et commentaires faits par Santé Sud sur le rapport provisoire. Le rapport final comprendra :
* Une synthèse (résumé exécutif) de l’évaluation reprenant les résultats clés de l’étude (maximum 3 pages)
* Une évaluation détaillée du projet (maximum 40 pages, hors annexes)
* **Une présentation de l’étude d’évaluation aux acteurs et partenaires du projet** par le·la consultant·e, en revenant sur les principales conclusions et recommandations de l'évaluation. La présentation se fera en présentiel auprès de l’AFD, ainsi qu’en visioconférence pour les partenaires des pays d’intervention.

# BUDGET

Le budget proposé pour cette mission est de vingt-cinq mille euros TTC (25000 €). Ce montant inclut les honoraires du.de la consultant.e et de son éventuelle équipe d’associés, les frais de visa et de mesures sanitaires liées à la Covid-19, les frais d’hébergement/repas (perdiems), les frais de transport international vers les pays d’intervention.

# EXPERTISE RECHERCHEE

Le.la consultant.e aura un profil d’expert en santé publique avec une expérience confirmée des systèmes de santé des pays en développement et des enjeux de la médicalisation des zones rurales. Il sera amené à se déplacer sur les trois pays d’intervention (Mali, Guinée, Bénin).

L’expert aura la responsabilité de constituer éventuellement une équipe d’associés qui, selon les pays, réaliseront la mission d’évaluation avec lui ou sous sa délégation de responsabilité.

Il est recommandé que le consultant et son équipe aient le profil suivant :

* Une expérience technique solide et diversifiée dans le domaine de l’évaluation de programmes de santé ;
* Une bonne connaissance de la sous-région d’Afrique de l’Ouest, des systèmes de santé nationaux et des politiques de santé communautaire de ces pays ;
* Une maîtrise de la sociologie des organisations et notamment du renforcement de capacité des structures plus particulièrement des structures locales ;
* Une bonne connaissance des méthodes participatives ;
* Une connaissance des programmes de médicalisation des zones rurales serait un plus ;

# POUR REPONDRE A CET APPEL A MANIFESTATION D’INTERET

Les candidats intéressés pourront contacter Santé Sud (cf. adresses email ci-dessous) afin de recevoir en retour sous 24h, du lundi au vendredi, les trois documents complémentaires suivants pour préparer leur proposition technique et financière : 1) la note d’initiative ONG (NIONG) de Santé Sud validée par l’AFD, 2) le rapport intermédiaire de mi-parcours transmis à l’AFD, 3) le programme d’activités prévisionnel de la tranche 2 incluant une révision budgétaire.

Les candidats intéressés devront ensuite soumettre à Santé Sud un dossier de candidature au plus tard le 18 juillet 2022. Ce dossier devra comporter les éléments suivants :

* Une offre détaillée, technique et financière :

- L’offre technique consistera en une proposition présentant leur compréhension des termes de référence et des enjeux du projet dans leur contexte, ainsi qu’une méthodologie pour la mise en œuvre de l’évaluation ;

- L’offre financière devra présenter un budget détaillé incluant les honoraires et perdiems, les coûts de transport nationaux en France et internationaux vers les trois pays concernés lors des déplacements sur le terrain\*, ainsi que les frais d’assurance, de visa, et les frais administratifs (secrétariat, reprographie, communication…) ;

* Le Curriculum Vitae du consultant et des éventuels associés proposés pour effectuer l’évaluation, incluant leur formation et expertise, tant dans les champs couverts par le projet que dans la conduite d’évaluations de projets ;
* Des références concernant la réalisation d’actions similaires.

*\*Les déplacements locaux dans les pays d’intervention seront pris en charge par Santé Sud. Par contre, les frais de vie et d’hébergement, ainsi que les frais de transports internationaux de visa, assurance et test covid seront à la charge du consultant.*

La proposition technique devra tenir en **10 pages maximum**.

La date limite de remise à Santé Sud des dossiers de candidature est fixée au **18 juillet 2022**.

Les propositions doivent être envoyées par e-mail simultanément aux adresses suivantes :

* François Calas Responsable de programmes : [francois.calas@santesud.org](mailto:francois.calas@santesud.org) - Tel +33 (0)7 52 67 11 07 / (0)4 91 95 04 05
* Carla Leclere - Assistant(e) de programmes : [ap4@santesud.org](mailto:ap4@santesud.org)
* Santé Sud [contact@santesud.org](mailto:contact@santesud.org) – Tel +33 (0)4 91 95 63 45

Les candidat·es concourants se verront notifier les résultats de l’appel d’offre au plus tard le **25 juillet 2022**.

La contractualisation sera effectuée dans la **semaine du 25 juillet 2022**. L’évaluation se déroulera **entre** **le 01 aout et le 07 octobre 2022.**

**Calendrier de réalisation de l’évaluation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Objet** |
| 21 juin 2022 | Publication de l’appel à manifestation d’intérêt (AMI) |
| 18 juillet 2022 | Date limite de réception des dossiers de candidature à l’AMI |
| 25 juillet 2022 | Notification des résultats de la sélection aux candidats |
| 29 juillet 2022 | Contractualisation avec le consultant sélectionné |
| 03 août 2022 | Démarrage de l’évaluation : Briefing et documentation |
| 12 août 2022 | Clôture phase de documentation, puis début mission terrain |
| 16 sept. 2022 | Clôture phase terrain, puis synthèse |
| 23 sept. 2022 | Clôture phase synthèse, puis rédaction pré-rapport final |
| 07 oct. 2022 | Validation du rapport final |
| 14 oct. 2022 | Restitution finale de l’évaluation |

Un seul et unique contrat (en euros) sera signé avec le-la consultant-e.

Le paiement s’effectuera en 2 tranches distinctes, sur remise préalable de facture :

• 50% à la remise de la note de cadrage

• 50% après validation du rapport final

# CRITERES DE SELECTION

A titre indicatif, les offres reçues, conformément aux éléments exposés ci-dessus seront analysées par un comité de sélection composé de membres de Santé Sud, selon les critères et les notations mentionnées dans le tableau ci-dessous.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères d’analyse** | **Questions posées** | **Note** |
| ***1. Expertise proposée*** |  | **/40** |
| 1.1. Chef-fe de mission | * L’expérience et le profil du/de la chef-fe de mission correspond-il au profil recherché ? | /20 |
| 1.2. Consultant-e-s associé-e-s | * Apportent -ils/elles une valeur ajoutée significative dans le cadre de l’évaluation ? * Le.s consultant.e.s associé-e-s ont-ils une expérience et un profil adéquats pour remplir le rôle qui leur est-attribué ? | /10 |
| 1.3. Équipe dans son ensemble | * Les compétences recherchées sont-elles toutes présentes parmi les membres de l’équipe ? * Les associé-e-s et consultant.e.s ont-ils/elles déjà travaillé ensemble ? * L’équipe est-elle cohérente et complémentaire ? | /10 |
| ***2. Proposition technique et financière*** |  | **/40** |
| 2.1. Compréhension globale des termes de référence | * La proposition méthodologique fait-elle état d’une bonne compréhension des enjeux de l’évaluation (cf. objectifs proposés, analyses des tdr) ? | /10 |
| 2.2. Questionnement / approfondissement de l’objet de l’étude | * L’offre apporte-t-elle une plus-value (compléments, enrichissements, proposition d’axes supplémentaires, mise en question) par rapport aux termes de référence ? | /10 |
| 2.3. Méthodologie proposée | * La méthodologie est-elle claire, structurée ? * La méthodologie est-elle appropriée (méthode, outils) ? * Y a-t-il un bon équilibre des jours d’expertise, entre le nombre de jours sur le terrain (au Nord et au Sud) et les jours de rédaction, ainsi qu’entre les différents consultants ? * La répartition des rôles entre membres de l’équipe est-elle explicite ? | /10 |
| 2.4. Moyens et calendrier | * Les moyens proposés en jours-homme sont-ils cohérents avec la proposition technique ? * Le calendrier proposé par le prestataire correspond-il à celui de Sante Sud et de ses partenaires ? * Le budget est-il cohérent avec la méthodologie (nb de jours affectés aux missions, etc.) ? * Les coûts unitaires sont -ils cohérents ? * Le cout total de la prestation s’inscrit-il dans l’enveloppe budgétaire proposée ? | /10 |
| **3. Conclusion** |  | **/80** |

# ETHIQUE D’EVALUATION

Les évaluateurs respecteront les procédures permettant de sauvegarder les droits et la confidentialité des personnes fournissant les informations, notamment les personnes interviewées sur le terrain.

Les évaluateurs auront pris connaissance des chartes de Santé Sud et s’engagent à en respecter les principes et règles dans le cadre de leur prestation (code éthique, charte de protection de l’enfance, charte anti-harcèlement).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Évaluation du secteur privé de la santé au Bénin, USAID 2013 [↑](#footnote-ref-1)
2. Afrique de l’Ouest : le public finance-t-il moins de 50% des dépenses de santé?, 2018 [en ligne]. Africacheck https://fr.africacheck.org/reports/afrique-de-louest-public-finance-t-de-50-depenses-de-sante/ [↑](#footnote-ref-2)