



TERMES DE RÉFÉRENCE ÉVALUATION.

Renforcement de l'égalité et de la couverture universelle du système de santé de la Willaya de Guidimakha en Mauritanie.

1. INTRODUCTION.	3
1.1 Justification et raisons de l'évaluation.	3
1.2 Objectifs spécifiques de l'évaluation.	3
1.3 Type d'évaluation.	4
1.4 Utilisation et attentes de l'évaluation.	4
2. ANTÉCÉDENTS ET OBJET D'INTERVENTION.	5
2.1 Logique de l'intervention :	5
2.2 Population bénéficiaire et caractéristiques.	9
3. ACTEURS IMPLIQUÉS	10
4. PORTÉE DE L'ÉVALUATION	11
4.1 Dimensions de l'intervention à évaluer (projet, programme) géographiques, institutionnelles, temporaires, et thématiques ou sectorielles.	11
5. QUESTIONS ET NIVEAUX D'ANALYSE DE L'ÉVALUATION.	12
5. 1 Questions clés, objectifs spécifiques de l'évaluation et critères d'évaluation.	12
6. MÉTHODOLOGIE ET PLAN DE TRAVAIL	15
6.1 Méthodologie et techniques requises.	15
6.2 Délais.	15
7. DOCUMENTS ET SOURCES D'INFORMATION	16
L'équipe évaluatrice aura accès aux documents et sources d'information ci-après.	16
8. STRUCTURE ET PRÉSENTATION DU RAPPORT D'ÉVALUATION	17
8.1 Produits attendus.	17
8.2 Format du rapport	17
9. ÉQUIPE ÉVALUATRICE	19
10. PRÉMISSSES DE L'ÉVALUATION, PATERNITÉ ET PUBLICATION	20
11. DÉLAIS POUR LA RÉALISATION DE L'ÉVALUATION	21
12. PRÉSENTATION DE L'OFFRE ET CRITÈRES D'ÉVALUATION	22

1. INTRODUCTION.

1.1 Justification et raisons de l'évaluation.

L'initiative de l'évaluation a une double origine.

La première est l'exécution du contrat signé avec l'AECID, qui prévoit une évaluation pour des raisons de transparence et de responsabilisation.

La seconde est la valeur que Médecins du Monde attache à la réalisation d'évaluations des interventions, considérant que les résultats qui s'en dégagent représentent un outil de travail précieux pour :

- Améliorer la qualité de l'aide pour l'accomplissement de la mission de l'organisation.
- Augmenter la transparence vis-à-vis des populations ciblées, des autorités locales et nationales, des donateurs et du niveau associatif de l'organisation de gestion de Médecins du Monde (MdM).
- Compléter l'apprentissage de l'organisation et le distribuer entre les projets et les partenaires locaux, et identifier les pratiques à valeur ajoutée.

1.2 Objectifs spécifiques de l'évaluation.

Ces objectifs sont les suivants :

- Analyser le degré de réalisation des objectifs et les résultats envisagés dans ce projet du point de vue pertinence, efficacité, efficience, impact et faisabilité.
- Analyser, dans la perspective des résultats de l'évaluation, la continuité du projet, et donner des consignes précises et concrètes pour améliorer cette intervention et la stratégie de MdM en Mauritanie.

Le rapport d'évaluation pourra être utilisé par :

- Le personnel des institutions financières du projet : AECID ;
- Le personnel technique et bénévole de Médecins du Monde, au siège et sur le terrain ;
- Les partenaires locaux des interventions dans la région.

1.3 Type d'évaluation.

Il s'agit d'une évaluation externe de fin de projet.

1.4 Utilisation et attentes de l'évaluation.

L'évaluation aura une double utilisation :

- D'une part, la redevabilité vis-à-vis des donateurs à travers une opinion externe sur l'impact de leur projet.
- D'autre part, un sommaire de conclusions et recommandations rédigé par l'entreprise évaluatrice, ayant pour but d'améliorer l'exécution, la qualité et la durabilité des projets de MdM.

2. ANTÉCÉDENTS ET OBJET D'INTERVENTION.

2.1 Logique de l'intervention :

Le projet aspire à renforcer la couverture universelle et l'égalité de genre dans l'accès à la santé de la population de Guidimakha.

Il s'articule autour de deux lignes de conduite.

- La première vise à améliorer la qualité de l'offre à travers deux actions : l'une générale orientée vers l'amélioration de la prestation de soins des structures, qui affermis les processus de base de planification, développement, participation de l'utilisateur et supervision ; et l'autre spécifique, de renforcement de certains services clés, en l'occurrence le service de santé reproductive (SR) et celui de lutte contre le paludisme. Dans le service de SR, un paquet minimum de soins a été mis en place, axé sur les besoins et les droits sexuels et reproductifs, et qui inclut : soins prénatals essentiels (PTI, VAT, syphilis, PTME et nutrition de la femme enceinte), PF, violence liée au genre, humanisation de l'accouchement, urgence obstétrique et néonatale, et intégration avec la santé de l'enfant. Le service lutte contre le paludisme a présenté des faits avérés à propos de la dimension du problème, qui doivent contribuer à une adaptation des soins à la réalité.

- La seconde ligne vise à renforcer l'égalité de l'accès aux services de la population la plus vulnérable. Les acteurs responsables (mairies, DRAS, MASEF, ONG) contribuent à ce travail d'analyse des mécanismes existant dans la législation (commissions sociales, fonds pour « indigents » etc.) et de mise en œuvre d'expériences pilotes d'inclusion pour les indigents et les enfants en situation d'exclusion.

Concernant l'égalité de genre, les activités ciblent l'accès à la santé incluant les femmes et le plaidoyer politique au niveau des autorités pour arriver à établir des changements dans les modes de comportement, à commencer par les communautés, avec le concours des réseaux d'ONG et OCB qui œuvrent dans ces groupes, pour sensibiliser non seulement les hommes et les femmes mais également les leaders d'opinion (traditionnels et élus). Ensuite, la prise de conscience des leaders religieux à propos de la SR, et le rôle de l'homme en coordination avec le travail du FNUAP et du ministère des Affaires islamiques envers les imams. Et troisièmement, l'introduction de l'approche genre dans l'évaluation de la santé dans la région à travers l'étude des barrières auxquelles se heurtent les femmes pour accéder aux soins de santé, l'enquête sur les décès maternels à travers des audits, l'encouragement du leadership des femmes à des postes de prise de décision (points focaux d'APS, de la SR et des sages-femmes).

OBJECTIF GÉNÉRAL DU PROJET

Ce projet concernait la consolidation de l'égalité de genre et de la couverture universelle de l'accès à la santé en Guidimakha.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE DU PROJET

Plus spécifiquement, le projet visait la promotion d'un système intégral de prévention, soin et protection de la santé et des droits.

RÉSULTATS ATTENDUS ET ACTIVITÉS

RÉSULTAT 1. L'accès à une prise en charge de qualité pour les indigents et les enfants vulnérables a été articulé.

R.1.1. Lancement d'expériences pilotes pour l'inclusion d'indigents.

1.1.1 Création d'une commission pour l'étude des mécanismes d'inclusion existant au niveau du système de santé, des autorités locales (mairies) et nationales (ministère de la Famille) et de la société civile.

1.1.2 Définition d'un projet pilote pour un environnement urbain (Sélibaby) et deux ruraux (Tachot et Arr) et provision de moyens pour leur mise en place.

1.1.3 Évaluation et diffusion des résultats des projets pilotes par la commission.

R.1.2. Développement d'un plan de qualité pour améliorer les soins dans les structures de santé.

1.2.1. Accompagnement formatif à différents processus : planification, mise en œuvre d'activités, gestion de ressources humaines, gestion d'équipements, gestion de laboratoires, gestion de pharmacie, documentation, registre et maintenance.

1.2.2. Révision et amélioration des outils de gestion sanitaire.

1.2.3. Accompagnement formatif aux contrôles trimestriels et à l'intégration de données des structures de santé : postes et centres de santé.

1.2.4. Accompagnement formatif aux comités de santé : appui à la planification et dotation de ressources.

R.1.3. Dotation de moyens pour les structures de santé qui garantissent la disponibilité de la prise en charge.

1.3.1 Remise en état des systèmes d'eau des structures les plus éloignées dans lesquelles ont lieu des accouchements.

1.3.2 Dotation de plaques solaires dans les structures les plus éloignées dans lesquelles ont lieu des accouchements.

1.3.3 Accompagnement formatif du personnel des postes de santé pour la maintenance des installations.

1.3.4. Dotation de matériels, médicaments et consommables de base en cas de rupture de la chaîne d'approvisionnement de la DRAS (fonds d'urgence).

RÉSULTAT 2. Les réseaux communautaires dans la promotion de la SSR et la protection des droits ont été mobilisés.

R.2.1. Incorporation des réseaux d'ONG dans la promotion de la SSR et l'égalité de genre.
2.1.1 Création d'un groupe de travail entre ONG et autorités sanitaires pour la prévention en matière de santé à l'objet de planifier les actions et d'unifier les messages et les contenus.
2.1.2 Utilisation des réseaux actuels pour l'incorporation de la SSR et de l'égalité de genre : réseau contra la mutilation génitale féminine d'Action, UNICEF et FNUAP, Système de protection de l'UNICEF et MdM et comités de santé de la DRAS.

2.1.3 Formation des agents communautaires sur la violence à l'égard des femmes du point de vue de la santé et préparation du personnel soignant des structures de santé, à la charge de MdM et de la DRAS.
2.1.4 Encouragement de la participation des femmes dans les comités de santé et sensibilisation de ces derniers en matière d'égalité de genre et droit à la santé.
R.2.2. Incorporation des leaders d'opinion dans la promotion de la SSR et l'égalité de genre.
2.2.1 Coordination des actions de MdM au niveau communautaire et du système de santé avec le travail mené par le FNUAP auprès des leaders religieux au regard de la SSR.
2.2.2 Formation des leaders d'opinion civils sur l'égalité de genre et la SSR à travers les réseaux existants.
R.2.3. Formation des acteurs du système de protection des droits de l'enfance.
2.3.1 Formation des réseaux et des organisations communautaires de base sur les questions de santé, les mécanismes de protection et le développement organisationnel.
2.3.2 Accompagnement des organisations communautaires de base pour la mise en œuvre des mécanismes et outils du système de protection et la détection et référencement de cas de violation de droits.
2.3.3 Accompagnement des familles et des enfants les plus vulnérables pour l'amélioration de leurs conditions de santé et hygiène.

RÉSULTAT 3. Le continuum de soins de la mère et l'enfant a été renforcé.

R.3.1. Intensification et consolidation des services de santé prénatals.

3.1.1 Accompagnement formatif et contrôle du personnel des structures de santé pour la mise en œuvre des services de PTI, VAT, prévention de la syphilis congénitale, PTME et nutrition de la femme enceinte.

3.1.2 Renforcement des laboratoires pour y faire faire les analyses, dotation d'équipement et de consommables.

3.1.3 Amélioration / introduction de registres dans les structures de santé à des fins de suivi.

R.3.2. Introduction de la SSR dans les services de droit : planification familiale et violence liée au genre.

3.2.1 Accompagnement formatif et contrôle du personnel des structures de santé pour le renforcement des services de planification familiale.

3.2.2 Accompagnement formatif et contrôle du personnel des structures de santé pour la prestation de soins aux victimes de violence liée au genre.

3.2.3 Dotation de matériels et consommables en cas d'urgence ou de ruptures graves.

3.2.4 Amélioration / introduction de registres dans les structures de santé à des fins de suivi.

R.3.3. Extension et renforcement des services pour la prise en charge des urgences obstétriques.

3.3.1 Accompagnement formatif du personnel des maternités pour les soins obstétriques d'urgence (en particulier les sages-femmes, les accoucheuses traditionnelles et le personnel des centres les plus éloignés).

3.3.2. Dotation de consommables / matériels

3.3.3 Amélioration / introduction de registres dans les structures de santé à des fins de suivi.

R.3.4. Extension et renforcement des services pour les soins dispensés au nouveau-né

3.4.1 Accompagnement formatif et supervision du personnel pour la réanimation néonatale, le dépistage de pathologies dues à un faible poids à la naissance et aux infections bactériennes néonatales d'origine materno-fœtale.

3.4.2 Dotation de consommables.

3.4.3 Amélioration / introduction de registres dans les structures de santé à des fins de suivi.

R.3.5. Renforcement des services de soins pour les enfants.

3.5.1 Appui aux campagnes de vaccination.

3.5.2 Promotion de l'allaitement maternel dans les structures de santé.

3.5.3 Accompagnement formatif pour l'intégration de la PCIME dans les structures de santé.

3.5.4 Introduction des services de base de soins gratuits pour les enfants en situation de fragilité.

RÉSULTAT 4. La connaissance des principaux problèmes sanitaires de la région s'est intensifiée.

R.4.1. Étude des barrières socioculturelles à l'accès des femmes aux soins.

4.1.1 Élaboration des termes de référence avec les acteurs impliqués.

4.1.2 Réalisation du diagnostic participatif sur la perception des femmes concernant les services de santé et les barrières qu'elles rencontrent pour les utiliser.

4.1.3 Discussion des résultats de l'étude avec les points focaux de l'attention primaire de santé et SNIS et le point focal de la santé reproductive et de l'évaluation de la santé dans une approche genre.

R.4.2. Mise en œuvre d'une procédure d'audit de décès maternels.

4.2.1 Création d'une commission d'étude entre MdM, la DRAS, l'École de Santé publique et l'Hôpital régional pour explorer des solutions alternatives.

4.2.2 Définition d'accords et de protocoles entre la DRAS, l'Hôpital régional et MdM.

4.2.3 Dotation de ressources pour la mise en œuvre du processus ; formation du personnel soignant et moyens techniques et matériels.

4.2.4 Adoption de mesures en fonction des résultats des audits : étude action.

R.4.3. Étude sur le paludisme comme problème de santé publique dans la région.

4.3.1 Définition des termes de référence de l'étude avec la DRAS.

4.3.2 Processus de l'étude

R.4.4. Capitalisation et incidence sur les résultats des études.

4.4.1 Discussion formative avec les élèves de l'École de Santé publique sur les résultats de l'étude des barrières socioculturelles que rencontrent les femmes à l'accès à la santé.

4.4.2 Incorporation des résultats de l'étude des barrières socioculturelles que rencontrent les femmes à l'accès à la santé dans le projet et les stratégies de la DRAS.

4.4.3 Discussion formative avec les élèves de l'École de Santé publique sur les résultats de l'étude sur le paludisme comme problème de santé publique dans la région.

4.4.4 Incorporation des résultats de l'étude sur le paludisme comme problème de santé publique dans la région dans le projet et les stratégies de la DRAS.

2.2 Population bénéficiaire et caractéristiques.

Population bénéficiaire directe :

1. La population de Guidimakha (241 882 habitants), en majorité rurale, dont 121 391 femmes et 120 491 hommes ;
2. Les femmes en âge fertile 55 633 (15 à 49 ans) ;
3. Les enfants de moins de 5 ans (35 728) dont 17 471 filles et 18 256 garçons.

Spécifiquement en raison de leur degré de fragilité spéciale :

1. Les indigents des communes de Sélibaby, Tachott et Arr, non quantifiés mais d'après les estimations, 36% de la population de la région vivent en situation d'extrême pauvreté et 70% au-dessous du seuil de la pauvreté ;
2. Les enfants en situation de fragilité de Sélibaby, Tachott et Arr, non quantifiés ;
3. Les femmes victimes de violence liée au genre, non quantifiées mais à titre d'exemple, 80% des femmes de la région sont victimes de pratiques de mutilation génitale féminine.

Collectif des titulaires d'obligations ayant participé à l'intervention :

1. La DRAS, dont l'obligation est de fournir les services d'APS. Dans l'intervention a été impliqué le personnel soignant des centres (5) et postes de santé (49) de la région ;
2. Les mairies des communes de Sélibaby, Tachott et Arr ;
3. La Plateforme de Protection de l'enfance, dirigée par le gouverneur régional ;
4. L'Hôpital régional. Son directeur a participé à l'étude sur les décès maternels.

Titulaires de responsabilités :

1. Les ONG présentes dans la région. Actions et participation aux aspects de renforcement des systèmes de santé et communautaire ;
2. Le réseau d'organisations communautaires de base et d'ONG pour le développement du système de protection de l'enfance ;
3. Les leaders d'opinion (religieux, civils et traditionnels) de Sélibaby, Tachott et Arr pour la promotion de la SSR.

3. ACTEURS IMPLIQUÉS

Partenaires de l'intervention :

- Actions, ONG locale mauritanienne spécialisée dans le renforcement des capacités technico-sanitaires et le développement communautaire ;
- La Direction régionale d'Action sanitaire de Guidimakha (DRAS) de Guidimakha, à l'échelon institutionnel, qui est responsable de la prestation de services de santé.

Acteurs impliqués dans l'évaluation :

- **Gestionnaire de l'évaluation** : entité exécutrice de la subvention et représentants sur le terrain (de l'entité et des partenaires locaux). Elle fonctionne également comme unité mandataire de l'évaluation, chargée de valider et contrôler la qualité du processus, de l'élaboration des TdR, du recrutement de l'équipe évaluatrice et de la publication et diffusion des résultats. Elle est formée par la coordination régionale pour l'Afrique, le délégué technique de référence de la Mauritanie, la coordination du projet en Mauritanie et la coordination de l'Unité d'évaluation et qualité.

- **Comité de suivi de l'évaluation** : sur le terrain et/ ou en Espagne, avec la représentation des principaux groupes d'acteurs pour l'évaluation. Préciser son rôle, le mode prévu de coordination avec la gestionnaire de l'évaluation et l'équipe d'évaluation, et la hiérarchie dans la prise de décisions :

- Pour MdM : le délégué technique de référence de la Mauritanie, la coordination du projet en Mauritanie et la coordination de l'Unité d'évaluation et qualité ;
- Pour l'entité évaluatrice, la personne désignée dans le contrat ;
- Pour l'AECID, la personne de référence dans l'OTC

De plus :

- MdM désignera un membre du groupe opérationnel au siège central, qui puisse transmettre à l'équipe évaluatrice l'information et l'analyse du programme ;
- L'équipe de terrain organisera les interviews et rencontres nécessaires avec les titulaires, les groupes d'intérêt et les partenaires locaux.

4. PORTÉE DE L'ÉVALUATION

4.1 Dimensions de l'intervention à évaluer (projet, programme) géographiques, institutionnelles, temporaires, et thématiques ou sectorielles.

Au niveau sectoriel, l'intervention porte sur le champ de la santé et privilégie le renforcement des systèmes publics. À partir de là, elle détermine un certain nombre de composants prioritaires tels qu'ils sont définis par les résultats attendus.

Au niveau géographique, le programme est mis en œuvre en Mauritanie, dans la région de Guidimakha, communes de Sélibaby, Tachott et Arr.

Au niveau temporaire, l'évaluation porte sur la période allant du début à la fin de l'exécution, plus exactement du 01/02/2015 au 31/01/2017.

5. QUESTIONS ET NIVEAUX D'ANALYSE DE L'ÉVALUATION.

5.1 Questions clés, objectifs spécifiques de l'évaluation et critères d'évaluation.

CONCEPTION.

Opinions et recommandations de l'évaluateur sur la conception de l'action.

- Quel a été le degré de participation des titulaires de droits et obligations relatifs au droit à la santé, dans tout le cycle du projet – identification, formulation, exécution et évaluation - ?
- Estimation de la matrice de formulation

PERTINENCE.

Adéquation des résultats et objectifs de l'intervention en relation au contexte dans lequel elle a lieu pour la réalisation des droits humains liés au projet.

- L'intervention est-elle cohérente avec les priorités et besoins de la population titulaire de droits ? Les besoins, priorités et intérêts des femmes ont-ils été évalués et pris en compte ?
- Est-ce que les stratégies et programmes de développement du pays partenaire ont été pris en compte ? est-ce que les politiques de genre existantes ont été analysées et incluses dans le projet ?
- Les groupes les plus vulnérables de la population bénéficiaire du projet ont-ils été identifiés et inclus ? Est-ce que des mesures spécifiques ont été mises en place pour remédier à leur situation ?

EFFICACITÉ.

Réalisation progressive de l'accès au droit à la santé tel qu'envisagé dans les résultats et l'objectif spécifique, et amélioration des capacités des titulaires de devoirs et de droits appuyés par le projet.

- Est-ce que l'objectif spécifique de l'intervention a été atteint ? Et tous les résultats escomptés de l'intervention ? Y a-t-il eu d'autres suites non prévues ?
- Comment est-ce que le projet a favorisé la création de capacités de revendication du droit à la santé pour les titulaires de droits et obligations ?

COUVERTURE

Degré de jouissance des effets du projet par la population la plus vulnérable dans l'exercice du droit à la santé.

- Est-ce que les actions développées dans le cadre de l'intervention ont atteint tous les collectifs ciblés ? A-t-il été possible de travailler avec la population la plus vulnérable pour augmenter ses capacités de revendiquer ses droits ? Voir de manière désagrégée si le projet a contribué à atténuer la fragilité des femmes et des hommes face à la maladie, et à améliorer l'accès aux services et aux bénéfices du projet pour femmes et hommes, ainsi que pour d'autres collectifs vulnérables.
- Est-ce que les processus et produits de l'intervention respectent les différences culturelles, nationales et linguistiques de la communauté ?
- Existe-t-il, à la fin du projet, une bonne couverture des services dans le champ de l'intervention ? Ces services intègrent-ils les différents besoins des femmes et des hommes ?

EFFICIENCE.

Ressources aussi bien matérielles que financières, techniques, naturelles et humaines employées à la réalisation du droit à la santé.

- Est-ce que les résultats reflètent l'efficacité de la transformation des ressources ?
- Dans quelle mesure la collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion articulés ont-ils contribué à obtenir les résultats de l'intervention ?

PÉRENNITÉ

Degré de pérennité des effets sur l'accès au droit à la santé une fois le projet achevé.

- Est-ce que des engagements fermes ont été pris avec les institutions titulaires d'obligations pour consolider les résultats obtenus avec le projet ?
- Est-ce qu'il y a eu coordination des activités avec d'autres organisations et/ ou des réseaux-plateformes de promotion et défense du droit à la santé et du genre qui travaillent dans la zone ? Ces relations vont-elles se poursuivre après la fin de l'intervention ?
- Est-ce que les bénéficiaires des projets, notamment les collectifs les plus sensibles, pourront continuer à jouir des améliorations introduites dans le projet lorsqu'il aura pris fin ?

IMPACT.

Répercussions du projet sur les politiques et la législation au niveau local et/ ou national qui attestent l'engagement de changement et analyse d'autres types d'effets pour la communauté.

- Est-ce que l'implantation du projet a signifié progrès, inertie ou recul dans l'accès au droit à la santé à l'échelon national et local ? Pourquoi ?
- Est-ce que le projet a incité les titulaires d'obligations à reconsidérer leurs priorités de développement et leurs stratégies d'intervention ?
- Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué à l'amélioration de la situation des femmes ?

6. MÉTHODOLOGIE ET PLAN DE TRAVAIL

6.1 Méthodologie et techniques requises.

Les personnes qui font l'évaluation sont censées :

- Faire une révision des questions posées ainsi que des critères retenus ;
- Perfectionner les outils pour la collecte et le traitement des données, l'identification et l'interview des informateurs clés aux sièges et la préparation du travail de champ ;
- Organiser des réunions au cours des travaux de champ pour obtenir un retour des résultats préliminaires avec les différents organismes impliqués dans l'intervention, notamment les autorités et institutions partenaires et les titulaires de droits du pays en question.

Par le biais de :

- Révision et étude de la documentation en rapport avec le projet : accords de collaboration entre ONG et institutions financières, formulaires, reformulations et annexes, rapports de suivi, registres propres et mémoires ou rapports d'organismes publics.
- Interviews avec les responsables de projets au siège central et sur le terrain, et avec les responsables du département de mobilisation sociale.
- Interviews semi-structurées avec la population bénéficiaire (membres des communautés, collectifs ou ONG locaux et réseaux communautaires), ministère de la Santé (DRAS/ Régions médicales), personnel soignant local et autres informateurs clés.
- Observation directe.
- Travail avec des groupes de discussion.

6.2 Délais.

Le travail sera divisé en phases de cabinet, travail de champ et retour de résultats :

- Phase de cabinet : durée d'environ une semaine. Avril 2017
- Travail de champ : durée d'environ deux semaines. Retour préliminaire à MdM et l'OTC. Avril 2017
- Retour de résultats préliminaires, intégration de commentaires. Mai et juin 2017
- Présentation des résultats définitifs : retour au siège central de MdM à Madrid. Juin 2017

7. DOCUMENTS ET SOURCES D'INFORMATION

L'équipe évaluatrice aura accès aux documents et sources d'information ci-après.

SOURCES D'INFORMATION	CONTENUS	LIEU
Accords de collaboration entre ONG et institutions financières	Termes et portée des accords et subventions. Cadre budgétaire du projet	Siège central
Formulations, reformulations et annexes	Structure, calendrier et résultats du projet. Détail du contexte, indicateurs et sources d'information de la zone d'intervention	Siège central
Projets d'APS préalables au développement de cette convention	Historique de la présence de MdM dans la zone du projet et ses origines	Siège central
Études de diagnostic ou de faisabilité en rapport avec l'intervention	Sources d'information sur la situation de la santé de la zone d'intervention.	Siège central
Plan stratégique MdM et Plan annuel par objectifs	Positionnement et stratégies pour le développement associatif de MdM et ses projets et actions. Le plan contient les lignes clés de l'intervention de MdM 2007-2010 sur le terrain et en Espagne.	Siège central
Documents de stratégie de lutte contre la pauvreté du pays	Contenant le cadre légal et normatif dans lequel s'insère le projet	Terrains
Rapports de suivi	Ils font état du développement et des progrès dans les principaux aspects du projet à partir de sa formulation initiale	Siège central
Rapport final de projet	Il fait état du développement et du degré d'exécution des principaux aspects du projet à partir de sa formulation initiale	Siège central
Registres propres et mémoires ou rapports d'organismes publics.	Statistiques et rapports relatifs à la santé qui contextualisent les actions et apportent une information comme source de vérification	Terrains
Politique d'égalité de genre et de droits humains de MdM	Positionnement et stratégies de MdM sur l'approche genre et sa mise en œuvre dans les projets.	Siège central
Bases de justification et de réalisation d'évaluations de l'AECID	Critères à observer pour la réalisation d'évaluations externes fixés par l'AECID.	Siège central et AECID

En plus de ces documents, l'équipe évaluatrice pourra demander toute la documentation qu'elle estimera pertinente pour la compréhension totale du projet et son degré de réalisation.

8. STRUCTURE ET PRÉSENTATION DU RAPPORT D'ÉVALUATION

8.1 Produits attendus.

1.- Avant-projet de rapport : il contiendra les aspects clés de l'évaluation et une première appréciation des questions et critères abordés. Médecins du Monde fera les commentaires opportuns concernant cet avant-projet pour arriver à un consensus. Ce processus peut donner lieu à plus d'une version de l'avant-projet de rapport.

2.- Rapport final. Document définitif qui doit répondre à toutes les questions abordées par l'équipe évaluatrice.

3.- Présentations des rapports finals : les résultats seront présentés à une date à convenir.

Un rapport de l'évaluation d'une longueur de 60 pages au maximum sera rédigé en **espagnol**. Au début du rapport sera inséré un rapport de synthèse d'un maximum de 5 pages, avec sa traduction en français. Le rapport comprendra également une fiche-résumé de l'évaluation dans le format établi par le CAD de l'OCDE pour l'inventaire de ses évaluations.

8.2 Format du rapport

Le format ci-après sera strictement respecté.

1. Page de couverture :

- Titre du rapport de l'évaluation: (opération, organisation locale, partenaire, pays, secteur/s de coopération) ;
- Période d'évaluation ;
- Nom de l'évaluateur/ trice ;
- Mention expresse de ce que le rapport a été élaboré à la demande de MdM dans le cadre d'un projet financé par la Xunta de Galicia et l'AECID, et que les commentaires qu'il contient reflètent uniquement l'opinion de l'évaluateur/ trice.

2. Sommaire des matières.

3. Résumé :

- Nom des organisations partenaires locales impliquées ;
- Objectif de l'opération évaluée.
- Titre de l'opération ;
- Numéro du contrat d'opération.
- Pays des opérations ;
- Durée des opérations ;
- Objectifs et durée de l'évaluation ;
- Méthode employée : documents analysés, visites effectuées, programme d'interviews, etc. ;
- Principales conclusions et recommandations par ordre de priorité (maximum 5 pages).

4. Le corps du rapport sera structuré d'après les objectifs spécifiques indiqués au point 5.
 - 4.1 Introduction, dans laquelle seront présentés le propos de l'évaluation, les questions et les résultats principaux.
 - Antécédents et objectif de l'évaluation.
 - Méthodologie employée dans l'évaluation.
 - Contraintes et limites de l'étude menée.
 - Présentation de l'équipe de travail.
 - 4.2 Description de l'intervention évaluée, dans laquelle seront indiqués ses objectifs et sa structure logique de planification ; brève histoire et antécédents ; organisation et gestion ; acteurs impliqués et contexte économique, social, politique et institutionnel dans lequel a lieu l'intervention.
 - 4.3 Analyse de l'information collectée, avec la réponse aux questions et critères d'évaluation établis au préalable, organisée conformément à l'approche intégrale de l'évaluation proposée. Analyse des différents niveaux (conception, processus, résultats) et critères.
 - 4.4 Résultats de l'évaluation, avec les constatations mises en évidence par les questions d'évaluation énoncées et les interprétations qui en sont données.
 - 4.5 Conclusions de l'évaluation, se référant aux critères d'évaluation établis.
 - 4.6 Recommandations dérivées de l'évaluation et prétendant une progression de l'intervention évaluée, avec des indications spécifiques qui améliorent la conception, les procédures de gestion, les résultats et les impacts des interventions.
 - 4.7 Leçons apprises, qui se dégagent des conclusions générales, indiquent les bonnes pratiques extrapolables et inspirent les deux actions de la convention.
5. Annexes :
 - 5.1 Termes de référence
 - 5.2 Méthodologie proposée
 - 5.3 Outils de collecte d'information appliqués
 - 5.4 Plan de travail
 - 5.5 Composition et description de la mission (liste exhaustive de toutes les actions exécutées)
 - 5.6 Fiche-résumé du CAD.
 - 5.7 Liste des personnes interviewées et des lieux visités
 - 5.8 Abréviations
 - 5.9 Cartes et plans
 - 5.10 Autres documents estimés pertinents.

Après la présentation du rapport en format électronique et son approbation, l'équipe remettra 2 copies sur papier de la version définitive de ce Rapport final, ainsi que 2 CD avec le document en format électronique

9. ÉQUIPE ÉVALUATRICE

Le profil recherché pour les personnes chargées de l'évaluation doit faire état de leur expérience en coopération au développement, programmes de santé publique et méthodologie en évaluation, et si possible de leurs connaissances en matière de santé et de genre. Obligation de parler couramment français et d'être familiarisé avec le contexte africain, plus particulièrement la région Sahel/ Mauritanie.

10. PRÉMISSES DE L'ÉVALUATION, PATERNITÉ ET PUBLICATION

- **Anonymat et confidentialité.**- L'évaluation doit respecter le droit des personnes à fournir des informations avec la garantie de l'anonymat et la confidentialité
- **Responsabilité.**- Tout désaccord ou divergence d'opinion pouvant surgir entre les membres de l'équipe ou entre ces derniers et les responsables du programme et portant sur les conclusions et/ ou les recommandations doit être reflété dans le rapport. Les affirmations seront toujours appuyées par l'équipe et dans le cas contraire, le différend à leur endroit devra être mentionné.
- **Intégrité.**- Il appartient aux évaluateurs de mettre en exergue les questions non mentionnées spécifiquement dans le cahier des charges techniques, si une analyse plus complète de l'intervention le requiert.
- **Indépendance.**- L'équipe évaluatrice doit garantir son indépendance au regard de l'intervention évaluée, de sa gestion ou de n'importe quel élément qui la compose.
- **Incidents.**- Tous les problèmes qui pourraient se poser pendant l'exécution du travail de champ ou à une autre phase de l'évaluation seront immédiatement communiqués à MdM. Dans le cas contraire, l'existence de ces problèmes ne pourra en aucun cas servir de prétexte pour justifier la non-obtention des résultats établis par l'organisation dans ce cahier des charges techniques.
- **Accréditation de l'information.**- L'équipe évaluatrice a le devoir de s'assurer de la véracité de l'information collectée pour l'élaboration des rapports, et en dernière instance elle sera responsable de l'information présentée dans le rapport d'évaluation.
- **Rapports d'évaluation.**- La diffusion de l'information collectée et du rapport final est du ressort de MdM.
- **Transmission des rapports.**- En cas de retard dans la transmission des rapports, ou si leur qualité n'est manifestement pas à la hauteur de ce qui a été convenu avec cette organisation, le paiement de ces rapports ne sera pas effectué dans sa totalité.
- **Publication et paternité.** Les droits d'auteur appartiennent à l'entreprise évaluatrice. Les droits de publication et diffusion des résultats reviennent à Médecins du Monde. Toute reproduction du rapport ou de ses résultats devra avoir l'autorisation préalable de Médecins du Monde.

11. DÉLAIS POUR LA RÉALISATION DE L'ÉVALUATION

- Réception d'offres par Médecins du Monde : jusqu'au **19 septembre 2016** par courrier électronique à l'attention de : **evaluacion@medicosdelmundo.org** et **admin.mauritania@medicosdelmundo.org**
- Évaluation des offres par le comité : le **27 septembre 2016** et communication à l'institution financière du projet (AECID) pour l'approbation finale de la proposition sélectionnée.
- Signature du contrat : le 1^{er} décembre 2016

Le plafond de l'enveloppe pour l'évaluation sera de **11 000 euros** impôts compris, montant dans lequel seront incluses toutes les dépenses : billet pour la Mauritanie, hébergement, déplacements internes, assurance et voyages en Espagne pour la phase de cabinet et retour de résultats à Madrid.

12. PRÉSENTATION DE L'OFFRE ET CRITÈRES D'ÉVALUATION

Les propositions techniques ne pourront être présentées que si elles respectent les caractéristiques ci-après :

1- Page de couverture indiquant :

- Le nom de l'entreprise ou de l'évaluateur/ trice (autonome) ;
- Le titre de l'évaluation (évaluation intermédiaire et titre de la convention) ;
- Les coordonnées de l'entreprise ou de l'évaluateur/ trice (autonome).

2- Offre technique incluant :

- CV détaillé de l'entreprise (le cas échéant) ;
- CV détaillé des membres de l'équipe évaluatrice de l'entreprise soumissionnaire ;
- CV détaillé de l'évaluatrice ou évaluateur individuel (le cas échéant).

3- Méthodologie de travail

- Proposition de matrice d'évaluation

4- Plan de travail

5- Budget estimé pour la réalisation de l'évaluation, dans lequel doivent être inclus tous les frais dérivés de la réalisation de l'évaluation et le mode de paiement proposé, en format de facture pro forma.

Les critères d'évaluation des offres reçues seront les suivants :

CRITÈRE	VALEUR CRITÈRE	FACTEURS	VALEUR FACTEURS
Expérience professionnelle de la personne ou de l'équipe	40%	Expérience en assistances et techniques similaires.	25%
		Connaissance du contexte.	15%
Nature et niveau des études de la personne ou de l'équipe	30%	Formation en santé	10%
		Formation en coopération au développement	10%
		Formation en genre	10%
Qualité et valeur technique de l'offre	30%	Valeur ajoutée aux objectifs des TdR	15%
		Valeur ajoutée à la méthodologie proposée dans les TdR	15%