

1. PRÉSENTATION DE L'OFFRE TECHNIQUE ET FINANCIERE ET CRITÈRES D'ÉVALUATION

L'ONG MAP International recrute un consultant en vue de l'évaluation finale de son projet « Renforcement de capacités pour Améliorer la prise en charge de l'Ulcère de Buruli et la lèpre ainsi que la santé maternelle et infantile dans le District Sanitaire de Béoumi ».

La consultance consistera à examiner le niveau d'atteinte des indicateurs du projet, les aspects d'efficacité, d'efficience, de viabilité et d'appropriation des méthodes de lutte promues par ledit projet.

Par ailleurs, les informations complémentaires nécessaires figurent dans le TDR.

Le délai de présentation de l'offre d'évaluation débutera le **17 janvier 2017** et s'achèvera à la date du **24 Janvier 2018**, incluse. Elle devra être envoyée sous plis fermé, en citant en objet : **RÉF : Évaluation du projet** : « Renforcement de capacités pour Améliorer la prise en charge de l'Ulcère de Buruli et la lèpre ainsi que la santé maternelle et infantile dans le District Sanitaire de Béoumi », à l'attention de **Monsieur le Directeur de MAP International**.

La proposition doit être conjointement, en version électronique, envoyée aux adresses suivantes :

mapwa@map.org;

eguzkinemunoz@ANESVAD.org;

silviasantos@ANESVAD.org

Et en version physique, sous pli fermé, à l'adresse : Bureau de MAP International sis à la riviera Bonoumin, lot 1314, llot 95, Rue 19 – Tel : (225)22 47 13 83/ (225)68 30 85 33

Les offres devront inclure les suivantes sections et seront évaluées d'après le tableau suivant :

SECTIONS À ÉVALUER	DESCRIPTION DES CONTENUS
Proposition méthodologique	<ul style="list-style-type: none"> - Grille d'évaluation - Méthodologie de participation - Reproduction de l'Approche Fondée sur les Droits de l'Homme dans la méthodologie - Description des outils de collecte de l'information - Échéancier détaillé ventilant le travail de terrain - Disponibilité des dates pour le travail - Proposition d'amélioration des TDR
Expérience du consultant	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience en matière d'évaluation de projets - Expérience dans la zone géographique - Expérience en matière d'application de l'AFDH au niveau de la gestion du cycle d'un projet de développement
Profil des membres de l'équipe chargée de l'évaluation	Profil concret de l'équipe et CV de chaque membre (D'après les conditions qui auront été spécifiées dans la section correspondante)
Offre financière	Présentation du budget détaillé
Date	Etre capable de soumettre les rapports dans les délais requis



TERMES DE RÉFÉRENCE

L'ÉVALUATION FINALE DU PROJET :
« Renforcement de capacités pour Améliorer la prise en charge de l'Ulcère de Buruli et la lèpre ainsi que la santé maternelle et infantile dans le District Sanitaire de Béoumi »
(Janvier 2018)



SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION	4
2.	ANTÉCÉDANTS DE L'ÉVALUATION	5
3.	OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	14
4.	QUESTIONS ET CRITÈRES D'ÉVALUATION	15
5.	MÉTHODOLOGIE ET LE PLAN DE TRAVAIL	18
6.	LA STRUCTURE ET LA PRÉSENTATION DU RAPPORT D'ÉVALUATION	18
7.	L'ÉQUIPE CHARGÉE DE L'ÉVALUATION	20
8.	LES PRINCIPES D'ÉVALUATION, DE PATERNITÉ ET DE PUBLICATION	20
9.	DÉLAIS DE RÉALISATION DE L'ÉVALUATION	21
10.	PRÉSENTATION DE L'OFFRE TECHNIQUE ET ÉCONOMIQUE ET CRITÈRES D'ÉVALUATION	1

2. INTRODUCTION

Ce document contient les termes de référence (ci-après, les TDR) afin de procéder à l'évaluation finale du projet : « Renforcement de capacités pour Améliorer la prise en charge de l'Ulcère de Buruli et la lèpre ainsi que la santé maternelle et infantile dans le District Sanitaire de Béoumi ».

ANESVAD est une fondation engagée dans l'exercice du droit de l'homme à la santé, qui agit principalement dans le cadre de la coopération internationale et, plus spécifiquement, dans la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN).

Mission

Lutter contre les maladies tropicales négligées (MTN) en Afrique subsaharienne depuis l'approche des droits de l'homme et en accord avec la stratégie des soins de santé primaires (SSP).

Les interventions d'ANESVAD viseront à contribuer au contrôle, à l'élimination et, dans la mesure du possible, à l'éradication de certaines MTN qui affectent de forme déterminante les conditions de vie des populations en situation de vulnérabilité de l'Afrique subsaharienne. L'essor de la stratégie d'intervention suivra les principes des SSP et, de ce fait, devra contribuer à l'amélioration du niveau général de santé des populations prioritaires, tout en collaborant avec d'autres détenteurs de responsabilités et tout particulièrement avec les détenteurs d'obligations, garants ultimes de l'amélioration du niveau de santé de chaque communauté, ainsi que de l'exercice effectif du droit à la santé.

ANESVAD promouvra, impulsera, accompagnera et, s'il y a lieu, mènera des processus de transformation qui contribuent à la lutte effective contre les MTN en Afrique subsaharienne et, en général, à l'exercice effectif du droit à la santé des populations en situation de vulnérabilité, facilitant l'implication et la coordination nécessaires de multiples acteurs, tout particulièrement des États, et garantissant que les personnes et les communautés soient les principaux protagonistes de ces processus.

ANESVAD assume l'engagement de permettre aux personnes vulnérables de pouvoir exercer leur droit à la santé par leurs propres moyens, tant publics que communautaires.

Le domaine d'action prioritaire d'ANESVAD est la coopération internationale, pouvant développer de forme complémentaire des actions en Espagne orientées à la sensibilisation de la population espagnole sur des thématiques et des domaines de travail, ou bien à l'action socio-sanitaire avec des personnes en situation de vulnérabilité ou d'exclusion économique et sociale.

Dans le cadre du droit à la santé et des lignes programmatiques définies dans ce document, on développera une Stratégie d'Intervention centrée sur la lutte contre les MTN dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, dont le développement opérationnel se reflétera dans les Plans stratégiques et les Plans opérationnels annuels.

Vision

La Vision d'ANESVAD a pour axe de contribuer à l'élimination et l'éradication des MTN en Afrique subsaharienne, selon une Approche basée sur les Droits de l'Homme (ABDH) et en prenant comme référence la stratégie des Soins de Santé primaires (SSP), en priorisant les populations en situation de vulnérabilité pour que celles-ci aient la possibilité de jouir d'une bonne santé et avoir ainsi plus de chances de vivre une vie digne.

Dans cette vision, la **santé est un droit de l'homme** fondamental et indispensable pour l'exercice des autres droits de l'homme et une exigence préalable pour le développement humain durable. Ceci est consacré à l'art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et à l'art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, selon lequel tout être humain a le droit de jouir du plus haut niveau de santé possible, qui lui permette de vivre dignement. Il s'agit d'un droit inclusif qui ne se limite pas aux soins sanitaires, mais recouvre une ample gamme de facteurs socio-

économiques qui favorisent les conditions grâce auxquelles mener une vie saine, ce pourquoi ce droit s'étend aux facteurs déterminants de la santé.

Par conséquent, l'AFDH ne décrit pas les situations en termes de besoins des hommes, mais plutôt en termes d'obligation de répondre à ces droits : l'homme n'est plus considéré comme un sujet ayant des besoins à assouvir, mais plutôt comme un sujet ayant des droits, investi d'un pouvoir juridique et social de les exiger.

L'évaluation est considérée comme un outil fondamental de gestion du cycle des projets et des programmes réalisés par la Fondation ANESVAD. Elle est une opportunité d'apprentissage et de réflexion stratégique, et elle est considérée comme un précieux exercice tourné vers l'amélioration continue des interventions en cours. L'AFDH doit être présente à toutes les phases du cycle du projet et par conséquent, elle sera un élément central de l'évaluation.

3. ANTÉCÉDANTS DE L'ÉVALUATION

2.1. CONTEXTE, ANTÉCÉDENTS, DESCRIPTION DU PROJET.

ANESVAD en Côte d'Ivoire

L'intervention en Côte d'Ivoire a commencé en 1999 avec la mise en marche des projets de soins de santé primaires dans les zones de Bocanda et Korhogo, ainsi qu'un projet éducatif à Komborodougou. En même temps, une équipe d'ANESVAD a visité le pays pour analyser la situation de l'UB, caractérisée à cette période par la méconnaissance des symptômes et conséquences de la maladie par les populations affectées, l'absence d'infrastructures sanitaires adéquates pour sa prise en charge, et la carence de personnel sanitaire spécialisé capable de prendre en charge les malades.

À partir de cette visite, l'intervention d'ANESVAD a été focalisée dans la lutte et le contrôle de l'UB. Depuis le début, ANESVAD a collaboré, d'une part avec le Ministère de la Santé, à travers le Programme de Lutte contre l'UB (PNLUB) et d'autre, avec les centres de dépistage et traitement d'UB (CDTUB), localisés dans les zones d'endémie. Les premières activités ont été dirigées vers l'amélioration ou la création de nouvelles infrastructures dans les différents centres de prise en charge des malades.

En 1999 une Convention cadre de collaboration entre ANESVAD et le Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire a été signé et en 2001 il y a eu un additif avec des nouveaux engagements entre les deux parties. Cette Convention a été ratifiée par plusieurs Ministres de la Santé de la Côte d'Ivoire.

Entre 1999 et 2004, l'intervention d'ANESVAD a été principalement focalisée dans l'amélioration d'infrastructures, la dotation d'équipement et les campagnes de dépistage et sensibilisation. Suite aux normes internes d'ANESVAD, notre Fondation a demandé en 2004 un audit externe des projets exécutés par le PNLUB. Les résultats de cet audit ont été présentés en 2005 et prouvaient des faits vraiment graves et inquiétants concernant la gestion du PNLUB. En conséquence, ANESVAD a décidé de suspendre son appui financier au PNLUB et de paralyser sa coopération avec les autorités ivoiriennes. À partir de ce moment, notre intervention en Côte d'Ivoire a été dirigée exclusivement vers les CDTUB, tout en suivant les orientations de notre stratégie pour l'UB.

Après 5 ans d'implémentation de cette stratégie, nous avons réalisé une évaluation des projets d'Ulcère de Buruli soutenus par ANESVAD en Côte d'Ivoire entre les années 2005 et 2010 et une identification de la situation actuelle de l'UB dans le pays. Ces deux études ont servi de base pour l'élaboration de la nouvelle Stratégie d'ANESVAD 2012-2015. Trois questions fondamentales touchent de manière

transversale l'ensemble de la stratégie : le défi proactif de l'égalité, l'approche fondée sur les Droits de l'Homme, et l'intégration de certains facteurs déterminants de la santé.

Après l'implémentation de dite stratégie, et depuis 2015 la Fondation a migré dans un processus de réorientation stratégique et une période de transition qui finira en décembre 2018.

Réorientation stratégique d'ANESVAD :

Suite à un processus de refondation institutionnelle entamé en 2013 par le directoire de la Fondation, ANESVAD a décidé EN 2015 de redéfinir ses objectifs stratégiques.

La mission d'ANESVAD serait désormais de lutter contre les maladies tropicales négligées (MTN) en Afrique subsaharienne suivant l'approche fondée sur les droits de l'homme et en accord avec la stratégie des soins de santé primaires (SSP). Les nouvelles orientations de l'organisation seront caractérisées par aspects suivants :

- La nouvelle stratégie d'intervention de ANESVAD qui axée sur **la stratégie intégrée de l'OMS de lutte contre les MTN à manifestation cutanée** (Pian, lèpre et UB) dans la droite ligne des objectifs d'éradication, d'élimination et de contrôle, à l'horizon 2020.
- Le rôle de **catalyseur, mobilisateur** des processus, des idées, des acteurs, des réseaux à valeur ajoutée pour produire un impact réel, un changement dans la vie des gens, et une réduction considérable de l'incidence des MTN en lien avec les objectifs fixés par l'OMS.
- La définition pour les prochaines années, des piliers d'**un Programme intégré** de lutte contre les MTN à manifestation cutanée sous le leadership des ministères de sante des pays d'intervention de l'organisation.

Le projet qui fait l'objet de cette évaluation est intitulé « Renforcement de capacités pour Améliorer la prise en charge de l'Ulcère de Buruli et la lèpre ainsi que la santé maternelle et infantile dans le District Sanitaire de Béoumi ». Le projet a impliqué 8 structures de santé de premier contact dans les zones rurales (4 ont été prises en compte dans le projet précédent) ainsi que l'Hôpital Général de Béoumi; établissement de référence en matière de santé maternelle et infantile dans le District et prise en charge médicale de l'ulcère de Buruli et de la lèpre.

Le partenaire local chargé de l'exécution du projet est Medical Assistance Program (MAP) International. MAP International est une ONG chrétienne qui travaille en Côte d'Ivoire depuis 1999. Elle a pour vision « **un monde dans lequel les individus, les familles et les communautés ont l'espoir et la capacité de créer les conditions de leur Santé Totale** ». La mission de MAP International est de faire la promotion de la Santé Totale des personnes vivant dans les communautés les plus pauvres du monde sans discrimination de race, d'ethnie, de sexe, de religion et d'opinion à travers le partenariat dans :

- La distribution de médicaments essentiels ;
- La promotion du développement de la santé communautaire ;
- La prévention et l'éradication de maladies et autres catastrophes.

Depuis 2008, elle a ouvert un sous bureau dans la région centre de la Côte d'Ivoire où elle conduit des projets d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'Hygiène. La mise en œuvre de ces projets, a permis à MAP International de s'imprégner des problèmes auxquels sont régulièrement confrontées les populations bénéficiaires. Ces problèmes ne sont pas seulement liés à l'accès à l'hygiène, à l'assainissement et à l'eau potable mais aussi à l'accès aux soins de santé à l'analphabétisme, à

l'insuffisance des moyens financiers des populations, à la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, etc.

La frange de la population la plus vulnérable à ces problèmes est constituée par les femmes et les enfants.

MAP International et ANESVAD soutiennent la lutte contre l'Ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire. A ce titre, elles se rencontrent fréquemment dans les fora d'échange comme l'Initiative Mondiale de Lutte contre l'Ulcère de Buruli de l'OMS.

La coopération ANESVAD-MAP international

La collaboration entre ANESVAD et MAP International commence dans le cadre de la stratégie (2011-2015), d'ANESVAD pour la Côte d'Ivoire. MAP International a été associé à l'élaboration de dite stratégie d'intervention. Enfin, les deux organisations ont déjà collaboré dans la mise en œuvre d'un projet pilote de santé maternelle et infantile dans le but de l'accomplissement de l'Objectif stratégique numéro 4 : "Renforcer la coordination avec les autorités sanitaires au niveau du district, au niveau d'UB autant que d'autres actions de santé communautaire" en tenant compte la stratégie PECIME comme cadre de référence à suivre. En 2014 la collaboration continue avec un deuxième Project de caractère intégral qui complète le travail développé dans la zone d'intervention avec les autorités de la Direction Régionale et Départementale de la Santé.

Ce projet à évaluer s'inscrit dans la continuité de l'intervention présentée en 2014. Compte tenu de la vaste expérience de MAP International dans la lutte contre les maladies tropicales négligées; en particulier l'ulcère de Buruli et la lèpre, on a proposé d'intégrer des actions spécifiques dans cette intervention à titre pilote afin qu'elles puissent servir à guider la stratégie d'ANESVAD sur les ETD en Côte d'Ivoire pour le cycle stratégique suivant en tenant compte des différentes réflexions tenues avec l'équipe à différents moments; spécifiquement dans un atelier sur l'intégration en mai 2015 en Côte d'Ivoire. De même, il faut noter que MAP international a été un organisme qui a beaucoup soutenu le travail de collecte d'informations sur la Côte d'Ivoire pour la préparation du Plan de Transition Stratégique d'ANESVAD.

On présente ci-après un résumé des composantes principales du projet :

Résumé du Cadre logique

Objectif général	Contribuer à l'amélioration de l'exercice du droit à la santé pour la population rurale de Béoumi la région de Gbêkê, en Côte d'Ivoire.
Objectif spécifique	Améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'acceptabilité des services de prise en charge d'UB, lèpre et de santé de la mère et de l'enfant pour les détenteurs de droits (personnes affectées de l'UB et de la Lèpre, Femmes enceintes, femme en âge de procréer, enfants de moins de 5 ans) dans le district sanitaire de Béoumi.
Résultat 1	La disponibilité des services de prise en charge des personnes affectées par l'ulcère de Buruli et la lèpre et de santé maternelle est améliorée pour tous les détenteurs de droits dans la zone du projet
Résultat 2	La qualité des services de prise en charge des personnes affectées par l'ulcère de Buruli et la lèpre et de santé maternelle et infantile est fournie à tous les détenteurs de droits dans la zone du projet
Résultat 3	L'accessibilité aux services de prise en charge des personnes affectées par l'ulcère de Buruli et la lèpre et de santé maternelle et infantile est améliorée pour tous les détenteurs de droits dans la zone du projet
Résultat 4	Les communautés cibles et les parties prenantes sont impliquées dans le fonctionnement du système de santé pour le respect des droits liés à la santé dans la zone du projet.

Activités	Titre
Résultat 1: La disponibilité des services de santé maternelle et infantile et de prise en charge des personnes affectées par l'ulcère de Buruli et la lèpre est améliorée pour tous les détenteurs de droits dans la zone du projet	
A.1.1.	Réhabilitation des sanitaires de 8 ESPC (Etablissement Sanitaire de Premier Contact)
A.1.2.	Construction d'un préau (CPN) pour la maternité de Bodokro
A.1.3.	Equipement de 4 dispensaires, 4 maternités de 4 établissements sanitaires de premier contact en équipement bio médicaux (Bourebo, Kongodjan, Lolobo, Bodokro)
A.1.4.	Equipement d'une salle d'opération du bloc opératoire de Béoumi
A.1.5.	Construction d'un incinérateur à l'Hôpital Général de Béoumi
A.1.6.	Remplacement complète de 2 PHV (pompes hydrauliques villageoises) de 2 centres de santé (Kongodjan et Bourebo).
A.1.7	Equipement de 2 centres de santé en énergie solaire (Kongodjan, Bourebo)
Résultat 2: La qualité des services de santé maternelle et infantile et de prise en charge des personnes affectées par l'ulcère de Buruli et la lèpre est fournie à tous les détenteurs de droits dans la zone du projet	
A.2.1.	Organisation de Formation de formateur de 10 membres de l'équipe cadre du district comme formateurs et superviseur à la lutte contre l'ulcère de Buruli et la lèpre
A.2.2.	Formation de 18 professionnels de la santé (12 IDE et 6 Sage femmes) à la détection, la prise en charge, et à la confirmation des cas d'Ulcer de Buruli et la lèpre
A.2.3.	Formation de 18 professionnels de la santé (12 IDE et 6 Sage femmes) en gestion des stocks et en gestion des données

A.2.4.	Formation de 90 leaders communautaires, 65 groupes de base et 130 ASC sur la suspicion et la référence des signes d'UB et la lèpre et les PFE
A.2.5.	Organisation de la confirmation des cas d'Ulcère de Buruli et la lèpre à la PCR en collaboration avec l'institut pasteur
A.2.6	Elaboration de la cartographie de la distribution des MTN et des handicaps dans le district
R3 : L'accessibilité aux services de santé maternelle et infantile et de prise en charge des personnes affectées par l'ulcère de Buruli et la lèpre est améliorée pour tous les détenteurs de droits dans la zone du projet	
A.3.1.	Organisation de 384 focus groupe (8CSx4séancesx12mois) sur l'importance des CPN, l'accouchement assisté et sur la prévention de l'Ulcère de Buruli et la lèpre par un personnel de santé au centre de santé et détection rapide des cas d'UB et de lèpre
A.3.2.	Fourniture de médicaments, consommables médicaux et kits médicaux pour la santé de la mère et l'enfant et des antibiotiques dans 08 centres de santé de premier contact et dans un centre de référence de niveau 1.
A.3.3.	Organisation de 260 (65 villages x 1 rencontre communautaire x 4 trimestres) rencontres communautaires par les sages-femmes et infirmiers dans 65 villages sur la santé de la mère et de l'enfant et l'UB et la lèpre
Résultat 4 : Les communautés cibles et les parties prenantes sont impliquées dans le fonctionnement du système de santé pour le respect des droits liés à la santé dans la zone du projet.	
A.4.1.	Formation de 65 femmes et 65 hommes leaders communautaire en droit à la santé
A.4.2.	Organisation de sensibilisation de la population sur la prévention de l'UB et la lèpre et des femmes en âge de reproduction et les femmes enceintes sur les PFE par les groupes à base communautaire, les leaders communautaires et les ASC
A.4.3.	Organisation des Handicapés dus à la lèpre et à l'UB en groupe d'entraide et d'auto soin
A.4.4.	Organisation des ASC en groupement coopératif
A.4.5.	Création d'AGR pour les groupements d'ASC afin de les motiver autour du projet
A4.6.	Diffusion de spot et émission radio sur l'UB et la lèpre et la santé de la mère et de l'enfant
A4.7.	Supervision et suivi de 09 COGES pour la gestion des centres de santé par le district sanitaire
Activités communes	
A.0.1.	Organisation de 4 Recherches opérationnelles et 4 publications d'article sur l'UB et la lèpre et la santé de la mère et de l'enfant
A.0.2.	Organiser une enquête de satisfaction auprès des détenteurs de droit
A.0.3.	Suivi du projet par l'équipe du projet et l'équipe cadre du district
A.0.4.	Supervision du projet par le niveau central
A.0.5.	Evaluation du projet

Le cadre logique complet et l'ensemble de la documentation du projet jusqu'à la date de l'évaluation, seront fournis au consultant responsable de l'évaluation.

2.2. PARTIES PRENANTES

Les principaux acteurs du projet sont listés ci-après, en spécifiant leur rôle respectif et leur importance dans le processus d'évaluation.

LES DÉTENTEURS DE DROITS		
Nom de l'organisme, du groupe ou du collectif	Rôle dans le projet (brièvement)	Importance dans l'évaluation (Grande – Moyenne – Faible)
Les femmes (15-49 ans)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assister au moins à quatre (4) CPN avant l'accouchement 2. Accoucher en présence d'un personnel de santé qualifié 3. Bénéficier des soins appropriés dans 45 jours après l'accouchement 4. Bénéficier du droit à la confidentialité des soins 5. Se faire consulter par agent de santé qualifié. 	Grande
Les femmes et les hommes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pratiquer la planification familiale. 2. Déclarer tous leurs enfants au service d'Etat civil. 	Grande
Les enfants de moins de 5 ans	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bénéficier tous les vaccins obligatoires pour leurs enfants 2. Bénéficier d'une alimentation équilibrée (qualité et quantité) 3. Avoir un accès non discriminatoire aux soins de santé de qualité 	Moyenne
Les personnes affectées par l'UB et de la lèpre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avoir accès au traitement antibiotique et la confirmation biologique PCR gratuitement. 2. Avoir un accès non discriminatoire aux services sociaux de base 3. Bénéficier du soutien de la communauté en cas d'invalidité 	Moyenne

LES DÉTENTEURS D'OBLIGATIONS		
Nom de l'organisme, du groupe ou du collectif	Rôle dans le projet (brièvement)	Importance dans l'évaluation (Haute – Moyenne – Faible)
Les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibiliser la communauté sur la responsabilité parentale des grossesses, de l'accouchement et des soins postnataux. 2. Assurer la référence des parturientes vers les centres de santé de premiers contacts 	Faible

	3. Sensibiliser la communauté que l'UB et la lèpre se traitent à l'hôpital et peuvent guérir sans invalidités	
Les associations locales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impliquer les femmes à la prise de décision et à la gestion politique de la communauté 2. Encourager les familles à faire suivre les grossesses et à faire les accouchements dans les centres de santé 3. Encourager les parents à une prise en charge globale de l'enfant à partir de la grossesse 4. S'impliquer dans la sensibilisation sur la reconnaissance des signes précoces de l'UB et la lèpre et à la référence des cas à l'hôpital 	Moyenne
Les ONG et la population	<ol style="list-style-type: none"> 1. Charger d'accompagner le gouvernement dans la mise en œuvre de la politique en matière de la santé de la mère et de l'enfant et la lutte l'UB et la lèpre 2. Veiller à ce que les filles aient accès à l'éducation. 3. Identifier les cas de violations des droits à la santé dans la famille et les signaler aux autorités locales. 4. Prendre part à des activités communautaires qui améliorent la santé de la reproduction et l'accès des malades de l'UB et la lèpre a des soins appropriés. 5. Assurer un accès égale à l'éducation formelle et non formelle pour les filles et les garçons sur la santé reproductive, sur la lutte contre l'UB et la lèpre, dans la communauté. 6. Promouvoir des relations d'égalité entre les sexes. 	Faible

	<p>7. Appuyer le district sanitaire dans la mise en œuvre des activités de santé de la reproduction, de détection précoce, de confirmation biologique et de prise en charge des malades de la lèpre et l'UB et améliorer les conditions hygiénique sanitaire</p> <p>8. Offrir à toutes les femmes et enfants les tests VIH.</p> <p>9. Faciliter et prioriser au sein de la famille que les femmes enceintes se rendent au centre de santé pour les soins prénataux et que les malades de la lèpre, de l'UB et du pian aient accès aux soins sans discrimination.</p>	
Le COGES SANTE	<p>1. Assure la gestion du centre de santé</p> <p>2. Fait la promotion du centre de santé auprès de la population</p> <p>3. Constitue un relais de l'information entre le personnel de santé et la communauté</p>	Moyenne
Les Agents de Santé Communautaires (ASC)	<p>1. Chargé des activités de sensibilisation et de référence au centre de santé</p> <p>2. Chargé du suivi des femmes enceintes dans la communauté</p> <p>3. Facilite la référence des parturientes et des malades de la lèpre, de l'UB et du pian au centre de santé.</p> <p>4. Assure le relais de l'information entre la communauté et le centre de santé</p>	Grande

LES DÉTENTEURS DE RESPONSABILITÉS

Nom de l'organisme, du groupe ou du collectif	Rôle dans le projet (brièvement)	Importance dans l'évaluation (Grande – Moyenne – Faible)
--	---	---

<p>Le Programme National Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), la Direction des Soins Infirmiers Maternels (DSIM), le Programme National de l'Élimination de la Lèpre (PNEL), le Programme National de Lutte contre l'Ulçère de Buruli (PNLUB), la Direction des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance (DIEM)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer et promouvoir la santé maternelle et infantile, la détection et la prise en charge précoce de l'UB et la lèpre 2. Promouvoir l'accès à des services de qualité de maternelle et infantile, et de prise en charge de l'UB et la lèpre ; 3. Assurer la formation du personnel de santé en SONU/PF, diagnostique, prise en charge l'UB et la lèpre et en droit à la santé 4. Fournir les services prénataux pour toutes les femmes, indépendamment de leur situation financière et des soins appropriés à tous les patients de l'UB et la lèpre sans discrimination 5. Fournir les soins post-partum et post-natals pour les mères après l'accouchement et une mise sous traitement antibiotique des malades de l'UB et la lèpre. 6. Assurer la qualité des services de santé reproductive et de prise en charge de l'UB et la lèpre. 7. Assurer une qualité dans la gestion des données 8. Assurer les conditions hygiéniques dans les structures de santé et les communautés 	<p>Grande</p>
<p>Les sous-préfectures</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faciliter la déclaration des enfants à l'état civil dans les 90 jours après leurs naissances 2. Renforcer les capacités des chefs de villages pour le rapprochement des services d'Etat civil 	<p>Grande</p>

	<p>3. Afficher les frais liés à la déclaration à l'Etat civil et l'établissement des extraits de naissance</p>	
--	--	--

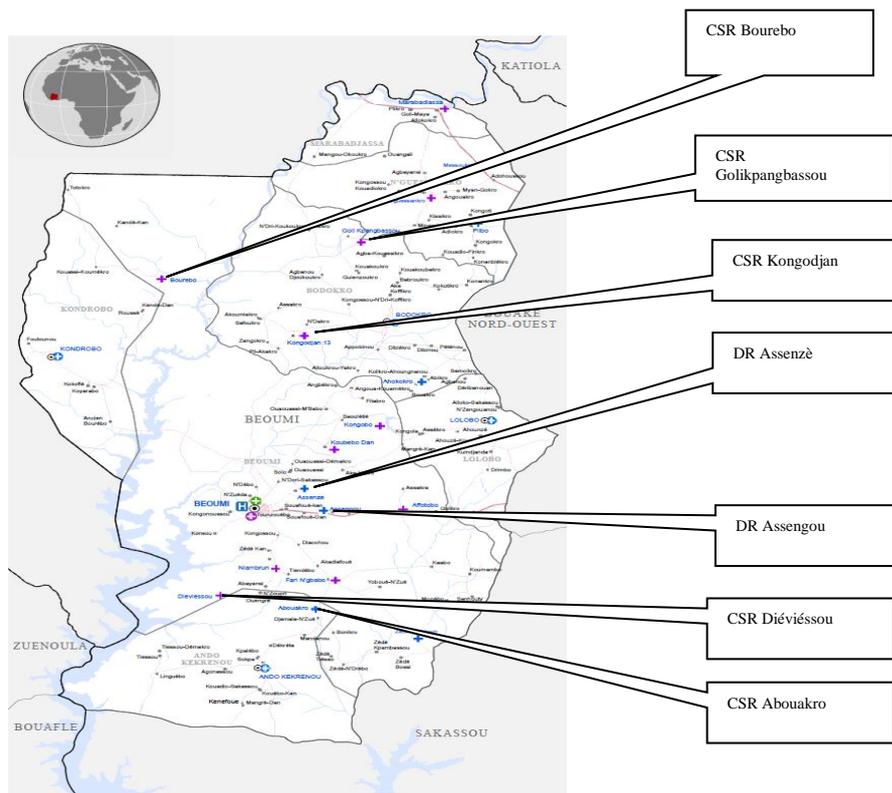
4. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Type d'évaluation : C'est une évaluation externe finale conduite par un consultant externe.

Période concernée par l'évaluation : cette évaluation concerne la période du 1^{er} Janvier 2016 au 30 septembre 2017.

Cadre géographique :

L'évaluation sera mise en œuvre dans les aires sanitaires de **Diéviessou, Abouakro, Bourebo, Kongodjan, Assenzè, Assengou, Bodokro, Lolobo et l'Hôpital Général**. Ces aires de santé comprennent des villages regroupés autour des villages centres qui eux même abritent les centres de santé. Au total, le projet a couvert 65 villages de 9 aires de santé du district sanitaire de Béoumi. La carte ci-dessous en présente la localisation des structures sanitaires.



Les principaux **objectifs** que l'on poursuit avec cet exercice d'évaluation sont :

- Vérification de la qualité de l'intervention en se basant sur les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience, d'impact, de durabilité.
- Définir comment le projet a contribué à l'exercice du Droit à la santé (spécifier si en matière de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité, en fonction des domaines sur lesquels le projet a eu une incidence).
- Sur la base des éléments précédents, formuler des conclusions, des leçons apprises et des recommandations pour améliorer les interventions futures.

5. QUESTIONS ET CRITÈRES D'ÉVALUATION

Nous spécifions, ci-dessous, les **critères d'évaluation** et nous dressons une liste de **questions d'évaluation** indicatives, regroupées pour chacun des critères.

Pertinence :

- L'intervention correspond-elle aux priorités de la population qui détient les droits ? Les priorités du ou des détenteurs de droits ont-elles changé depuis l'intervention ? Si oui, l'intervention s'est-elle adaptée à ces changements ?
- Les groupes les plus vulnérables parmi les détenteurs de droits ont-ils été identifiés et inclus dans le projet ? Des mesures pour renforcer le pouvoir de ces personnes ont-elles été prises ?
- Les détenteurs d'obligations ont-ils été correctement identifiés pour le respect du droit à la santé ? Peuvent-ils respecter cette obligation ?
- Le projet a-t-il une synergie avec des mesures qui ont déjà été mises en œuvre par les autorités sanitaires pour répondre à leur obligation de respecter, de protéger et de garantir le droit à la santé ? (Mesures législatives, politiques, administratives, etc.) Quelles seront les mesures, les plans, les politiques ?
- Y a-t-il eu consultation et concertation avec les détenteurs d'obligations pendant l'identification, l'établissement et l'exécution de l'accord ?
- Les inaccomplissements du droit analysé correspondent-ils aux objectifs proposés ?
- Quel est le profil des détenteurs de droits concernés par le projet ? Correspond-il aux détenteurs de droits ciblés dans le cadre de l'intervention du projet ?
- Le partenaire local dispose-t-il d'une capacité institutionnelle suffisante pour l'exécution du projet et en définitive, pour exercer son rôle en tant que détenteur de responsabilités ?

Efficacité :

- Les résultats prévus de l'intervention ont-ils été atteints ? Jusqu'à quel point et avec quelles limites ?
- Les activités prévues ont-elles été réalisées ? Si l'une des activités n'a pas été exécutée, quelle est la raison ?

Efficiencia :

- La transformación des ressources en résultats a-t-elle été efficiente ? (Aurait-il été possible d'obtenir des résultats semblables en ayant consommé beaucoup moins de ressources ?)
- Les budgets prévus à l'origine dans le document ont-ils été respectés ?
- Les échéanciers et les durées prévues ont-elles été respectés ?
- Dans quelle mesure la collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion articulés ont-ils permis d'atteindre les résultats de l'intervention ?

Impact :

- L'intervention a-t-elle contribué à atteindre l'objectif global proposé ?
- L'objectif spécifique de l'intervention a-t-il été atteint ?
- D'autres effets non prévus ont-ils été atteints (positifs ou négatifs) ? Lesquels ?
- Comment le projet a-t-il contribué au respect du droit à la santé ? Le projet a-t-il abordé les causes structurelles empêchant ou compliquant l'exercice du droit à la santé de la population ?
- Comment le projet a-t-il contribué au respect du droit à la santé d'après les critères de la 14^{ème} observation générale de l'ONU : disponibilité, accessibilité (non-discrimination, accessibilité physique, accessibilité économique, accès aux informations, acceptabilité et qualité ?
- Le projet a-t-il eu un impact positif sur les détenteurs de droits? D'autres impacts positifs ou négatifs sur les détenteurs de droits n'ayant pas été prévus se sont-ils produits ?
- Le projet a-t-il respecté les attentes des détenteurs de droits ?
- Quels changements se sont-ils produits au sein des organisations détentrices d'obligations qui se sont impliquées dans le projet ?
- Comment le projet a-t-il permis de créer des capacités de revendication du droit à la santé par les détenteurs de droits ?
- Quelles capacités à générer des processus de prise de conscience, d'organisation et de mobilisation des détenteurs de droits le projet a-t-il démontré, notamment chez les femmes et les autres groupes vulnérables, eu égard à ses intérêts stratégiques ?
- Comment le projet a-t-il permis de renforcer les capacités des détenteurs d'obligations ?
- Quels sont les droits liés au droit à la santé qui ont été concernés, de façon positive ou négative par le projet ?
- Quel impact de genre le projet a-t-il eu ? Comment a-t-on contribué à l'équité de genre ?
- Le projet a-t-il eu un impact différent chez les hommes et les femmes ?
- Les cas spécifiques des hommes et des femmes ont-ils été pris en compte ? Y a-t-il des différences entre les hommes et les femmes dans le domaine d'intervention du projet ? Lesquelles

Viabilité / Durabilité :

- Les détenteurs d'obligations ou les détenteurs de responsabilité se sont-ils engagés afin de garantir la durabilité du projet ?
- Les détenteurs de droits, notamment les groupes les plus vulnérables, pourront-ils continuer à bénéficier des améliorations apportées par le projet à son terme ? Sous quelles hypothèses et dans quelles limites ?
- Jusqu'à quel point les détenteurs d'obligations ont-ils progressé vis-à-vis de leurs obligations morales de respecter, de protéger et de respecter le droit à la santé par rapport au cadre concret d'intervention ?
- Les diverses activités de renforcement des capacités des détenteurs de droits, d'obligations et de responsabilités ont-elles contribué à la durabilité du projet ?

- Un progrès approprié d'un point de vue technologique a-t-il été réalisé ?
- Le projet crée-t-il des rapports de dépendance économique que la population vulnérable peut difficilement assumer ?
- Les actions du programme, dans les différents niveaux et secteurs, sont-elles cohérentes avec les coutumes et les cultures locales ?
- Comment a-t-on contribué à l'acceptabilité culturelle dans les services sanitaires ?
- Dans quelle mesure le projet a-t-il réussi à mettre en œuvre des mesures spécifiques conçues par l'intervention pour renforcer les capacités des détenteurs de droits, de responsabilités et d'obligations ?
- Les capacités de gestion des détenteurs de responsabilités (partenaires) ont-elles été renforcées ?

Participation :

- Quel a été le niveau de participation des détenteurs de droits, de responsabilités et d'obligations sur toute la durée du projet – identification, formulation, exécution et évaluation ?
- A-t-on clairement délimité qui va participer au projet, comment et à quel moment du processus (identification, formulation, suivi, évaluation) ? Les circuits de participation établis ont-ils été efficaces ?
- Quels circuits de communication, d'information et de dialogue ont-ils été mis en place afin de favoriser la participation ?
- Un mécanisme de participation citoyenne a-t-il été créé, ou ceux qui existaient déjà ont-ils été renforcés, pour le respect du droit à la santé ?
- Des activités ont-elles été coordonnées avec d'autres organisations ou réseaux-plateformes qui interviennent localement ?
- Des stratégies ont-elles été envisagées pour favoriser les rapports entre les détenteurs de responsabilités (les organisations locales) et les détenteurs d'obligations (l'administration locale) ?

Couverture :

- Les interventions réalisées ont-elles touché les détenteurs de droits ciblés ?
- Un quelconque type de biais a-t-il été détecté dans la sélection des détenteurs de droits ciblés par le projet ? La sélection de ces personnes a-t-elle été réalisée correctement et de façon transparente ? Les groupes actuellement pris en charge sont-ils différents de ceux identifiés au moment de concevoir l'intervention ?

Conception / cohérence :

- La structure des objectifs, des résultats et des activités de l'intervention a-t-elle été définie correctement ?
- Les activités programmées sont-elles adéquates en vue d'atteindre les résultats et les objectifs de l'intervention ?
- Les indicateurs et les sources de vérification suffisants et appropriés ont-ils été élaborés ?
- Les facteurs externes et hypothèses qui échappent au contrôle direct du projet ont-ils été analysés de façon suffisante et appropriée ?
- L'intervention conçue est-elle intégrée à la politique nationale (législation, plans et programmes nationaux) ?
- La conception de l'intervention identifie-t-elle les rôles des détenteurs de droits, de responsabilités et d'obligations et analyse-t-elle leurs rapports ?

- La conception de l'intervention analyse-t-elle comment les détenteurs d'obligations respectent les obligations qui leur sont faites ?
- La conception de l'intervention analyse-t-elle comment les détenteurs de responsabilités assument leurs responsabilités ?
- La conception de l'intervention analyse-t-elle bien le respect du droit à la santé localement en tenant compte des quatre composantes : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité ?
- La conception de l'intervention analyse-t-elle les capacités des détenteurs de droits, de responsabilités et d'obligations ?
- Au niveau de la planification de l'intervention, a-t-on tenu compte des failles au niveau des capacités des détenteurs de droits, de responsabilités et d'obligations et des actions de renforcement de ces capacités ont-elles été établies ?
- La conception de l'intervention définit-elle quelle sera la participation au projet des détenteurs de droits, de responsabilités et d'obligations (à quel niveau, à quel moment, dans quels circuits d'information, dans quel processus de prise de décisions, etc.) ?
- La conception de l'intervention établit-elle des circuits de coordination entre tous les acteurs présents dans le cadre de l'intervention ?

6. MÉTHODOLOGIE ET LE PLAN DE TRAVAIL

LA MÉTHODOLOGIE

L'équipe chargée de l'évaluation proposera, dans l'offre technique, de la façon plus détaillée possible, la méthodologie et les techniques de collecte des informations qu'elle considère les plus appropriées, et devra justifier ce choix. Les aspects à valoriser dans la proposition méthodologique sont détaillés dans la section 12 des présents termes de référence.

LE PROGRAMME DE TRAVAIL

L'équipe chargée de l'évaluation précisera clairement dans son offre le programme de travail qu'elle suivra. Elle décrira pour chaque phase de l'assistance technique la méthodologie utilisée, les tâches à réaliser et les produits qui seront présentés, ainsi que les délais de livraison. Elle élaborera également un échéancier détaillant la durée de chaque phase.

7. LA STRUCTURE ET LA PRÉSENTATION DU RAPPORT D'ÉVALUATION

Le rapport sera rédigé sur un maximum de 70 pages (annexes non comprises) et un résumé exécutif de 10 pages au maximum devra également être présenté.

La structure de présentation du rapport d'évaluation définitif devra suivre le schéma suivant :

0. Résumé exécutif
1. Présentation :
 - ✓ Antécédents et objectifs de l'évaluation.
 - ✓ Définition des questions principales et des critères d'évaluation.

2. Description synthétique de l'intervention évaluée. Synthèse des antécédents, de l'organisation et de la gestion, des intervenants impliqués et du contexte dans lequel se déroule l'intervention. Faire référence aux attentes, en termes de respect, au moment de l'évaluation.
3. Méthodologie d'évaluation utilisée :
 - ✓ Méthodologie et techniques appliquées.
 - ✓ Conditions et limites de l'étude réalisée.
4. Analyse des informations collectées - des réponses aux questions d'évaluation énoncées.
5. Conclusions de l'évaluation eu égard aux critères d'évaluation établis.
6. Leçons tirées qui peuvent être appliquées aux actions de l'intervention en cours d'exécution ou à de futures interventions, le cas échéant.
7. Recommandations découlant de l'évaluation, classées en fonctions des critères de l'équipe chargée de l'évaluation (selon les critères d'évaluation, sur le court / long terme, etc.). Dans la mesure du possible, mentionner l'intervenant auquel s'adresse particulièrement la recommandation.
8. Annexes :
 - ✓ Les TDR.
 - ✓ Le plan de travail de l'évaluation et sa composition.
 - ✓ La méthodologie proposée, les techniques et les sources utilisées pour collecter les informations.
 - ✓ Les commentaires des différents intervenants à l'élaboration de l'ébauche du rapport s'ils l'estiment opportun, surtout en cas de désaccords et s'ils n'ont pas été spécifiés dans le corps du rapport.

8. L'ÉQUIPE CHARGÉE DE L'ÉVALUATION

Le nombre de membres de l'équipe d'évaluation sera proposé par l'organisme chargé de l'évaluation (joindre les CV de l'équipe proposée). Le consultant / l'équipe chargée de l'évaluation devra respecter les conditions suivantes :

- ✓ Disposer d'une expérience d'au moins cinq ans dans l'évaluation de programmes et de projets de coopération au développement.
- ✓ Une connaissance et une expérience en matière d'évaluations avec l'Approche Fondée sur les Droits de l'Homme.
- ✓ Au moins un membre de l'équipe expert en matière de Santé publique / ETD / SSP : Santé communautaire, Santé maternelle et infantile, Santé de la reproduction, Maladies Tropicales Négligées (MTN) à prise en charge.
- ✓ Une expérience éprouvée dans le pays et une connaissance du système sanitaire du pays (Côte d'Ivoire).
- ✓ Maîtrise de la langue française, à l'oral et à l'écrit.
- ✓ Connaissance de la langue locale (Baoulé).
- ✓ Connaissance et expérience en matière d'application de l'approche de genre dans le développement.

Pour le suivi de l'évaluation, ANESVAD constituera une Commission d'évaluation composée par le personnel technique du projet au siège, la personne responsable du projet sur le terrain, l'équipe d'évaluation. La fonction principale sera d'assurer la bonne marche du processus d'évaluation. Pour cela, des circuits de communication seront établis entre tous les intervenants afin de partager les informations et la prise de décisions.

L'équipe désignera un coordinateur (responsable d'équipe), qui sera la personne responsable du travail et la personne de contact avec la Commission d'évaluation

L'équipe chargée de l'évaluation devra garantir son indépendance vis-à-vis de l'intervention évaluée, et n'avoir aucun lien avec l'équipe de gestion ou tout membre de celle-ci. Elle ne devra pas non plus avoir travaillé pour ANESVAD ou ses partenaires pendant la période d'identification et d'exécution de l'intervention à évaluer

ANESVAD apportera toutes les informations et son soutien à l'équipe chargée de l'évaluation et se proposera de l'accompagner : l'équipe devra juger de l'opportunité de sa présence pour ne pas influencer les réponses

9. LES PRINCIPES D'ÉVALUATION, DE PATERNITÉ ET DE PUBLICATION

ANESVAD estime qu'il est fondamental que l'équipe chargée de l'évaluation garde un comportement professionnel et éthique et qu'elle suive les principes suivants :

- ✓ **Anonymat et confidentialité.** Respecter le droit des personnes à fournir des informations en assurant son anonymat et la confidentialité pendant l'évaluation.
- ✓ **Responsabilité.** Mentionner dans le rapport les mésententes ou les différences d'opinion quant aux conclusions ou aux recommandations, aussi bien celles qui émanent des membres de l'équipe que des responsables de l'intervention.

- ✓ **Intégrité.** Mettre en évidences les questions nécessaires pour une analyse plus complète de l'intervention, même si elles ne sont pas mentionnées dans les TDR.
- ✓ **Indépendance.** Aucun lien avec l'équipe de gestion ou les membres qui interviennent dans l'évaluation.
- ✓ **Validation de l'information (véracité).** L'équipe chargée de l'évaluation garantit la véracité des informations collectées et sera responsable de celles qui ressortent du rapport d'évaluation.
- ✓ **Incidences.** Tout problème apparaissant pendant l'évaluation du travail de terrain ou toute autre phase de l'évaluation, doit être immédiatement signalé à ANESVAD. À défaut, ces problèmes ne pourront pas être utilisés pour justifier le non-accomplissement des résultats prévus par les présents TDR.
- ✓ **Droits d'auteur et divulgation.** Tout droit d'auteur incombe à l'organisme chargé de l'évaluation. La divulgation du rapport définitif et des informations collectées est une prérogative d'ANESVAD. En cas de publication du rapport, il sera mentionné que l'équipe chargée de l'évaluation en sera l'auteur.

10. DÉLAIS DE RÉALISATION DE L'ÉVALUATION

Le calendrier indicatif de l'ensemble du processus d'évaluation est le suivant :

- ✓ Du 8 au 16 janvier 2018 : Finalisation et validation des TDR de l'évaluation ;
- ✓ Du 17 au 24 janvier 2018 : Publication de l'avis d'appel d'offre pour 7 jours ouvrables ;
- ✓ Du 25 au 26 janvier 2018 : Analyse des offres et sélection du consultant
- ✓ La signature du contrat entre ANESVAD et l'équipe chargée de l'évaluation se tiendra le **29 janvier 2018.**
- ✓ L'évaluation débutera le **29 janvier 2018.**
- ✓ La durée du contrat sera de **25 jours** calendaires entre la signature du contrat et l'approbation du rapport définitif.
 - Proposition et validation de protocole du 29 janvier au 2 février 2018 ;
 - Du 5 au 9 février 2018 revue documentaire et visite aux partenaires étatiques ;
 - 12 au 16 février 2018 collecte de donnée sur le terrain ;
- ✓ 26 février 2018 : Présentation du rapport préliminaire ;
- ✓ 2 mars 2018 : Présentation du rapport final après révision d'ANESVAD et de MAP International.

Ces délais pourront être modifiés légèrement en fonction des négociations finales avec l'équipe chargée de l'évaluation et les termes définitifs seront stipulés dans le contrat.

11. PRÉSENTATION DE L'OFFRE TECHNIQUE ET FINANCIERE ET CRITÈRES D'ÉVALUATION

Le délai de présentation de l'offre d'évaluation s'achèvera à la date du **24 Janvier 2018**, incluse. Elle devra être envoyée sous plis fermé, en citant en objet : **RÉF : Évaluation du projet** : « Renforcement de capacités pour Améliorer la prise en charge de l'Ulcère de Buruli et la lèpre ainsi que la santé maternelle et infantile dans le District Sanitaire de Béoumi », à l'attention de **Monsieur le Directeur de MAP International.**

La proposition doit être conjointement envoyée aux adresses suivantes :

mapwa@map.org;
eguzkinemunoz@ANESVAD.org;
silviasantos@ANESVAD.org

Les offres devront inclure les suivantes sections et seront évaluées d'après le tableau suivant :

SECTIONS À ÉVALUER	DESCRIPTION DES CONTENUS	NOTE
Proposition méthodologique	<ul style="list-style-type: none"> - Grille d'évaluation - Méthodologie de participation - Reproduction de l'Approche Fondée sur les Droits de l'Homme dans la méthodologie - Description des outils de collecte de l'information - Échéancier détaillé ventilant le travail de terrain - Disponibilité des dates pour le travail - Proposition d'amélioration des TDR 	40% de l'ensemble
Expérience du consultant	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience en matière d'évaluation de projets - Expérience dans la zone géographique - Expérience en matière d'application de l'AFDH au niveau de la gestion du cycle d'un projet de développement 	30% de l'ensemble
Profil des membres de l'équipe chargée de l'évaluation	Profil concret de l'équipe et CV de chaque membre (D'après les conditions qui auront été spécifiées dans la section correspondante)	20% de l'ensemble
Offre financière	Présentation du budget détaillé (10%) Offre la plus basse (10%) – Offre la plus haute (0%)	10% de l'ensemble
NOTE FINALE		100