

## TERMES DE RÉFÉRENCE

# EVALUATION MI-PARCOURS PROGRAMME REGIONAL GENRE ET SANTE AU SAHEL

*Comment l'approche genre contribue à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des communautés ?*

## 1. Introduction

### Contexte et Justification

Au Sahel, des progrès sensibles ont été accomplis ces dernières années pour la santé des femmes, des mères et des enfants dans ces pays. L'espérance de vie s'est allongée et certaines causes majeures de la mortalité maternelle et infantile ont diminué. Néanmoins, l'offre actuelle des systèmes de santé reste insuffisante et n'est pas en adéquation avec les besoins des femmes, particulièrement au Mali, en Mauritanie et au Niger pays d'intervention du Programme. Les défis restent ainsi d'envergure tels que l'indiquent les taux de mortalité maternelle de 587 (Mali), 553 (Niger), 602 (Mauritanie) pour 100 000 naissances vivantes<sup>1</sup>. La mortalité maternelle et infantile étant liée, les taux de mortalité des enfants restent élevés. Le taux de mortalité néonatale est de 40/1000 (Mali), 28/1000 (Niger) et 34/1000 (Mauritanie) et les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont de 104/1000 (Mali, Niger) et 81/1000 (Mauritanie).

La plupart des décès maternels pourraient être évités en mettant en œuvre des solutions qui existent, par exemple en espaçant les grossesses, en allongeant l'âge maternel des premières grossesses, en améliorant leur suivi recentré sur la patiente, en dépistant les grossesses à risque et en renforçant la capacité des services de santé à prendre en charge les grossesses pathologiques. Ils surviennent plus fréquemment chez les femmes les plus vulnérables, peu scolarisées et où les rapports sociaux de genre et de sexe entre les hommes et les femmes laissent peu d'autonomie aux femmes.

Les femmes vivent des rapports de subordination aux hommes où domine l'inégalité entre les sexes et où la violence notamment basée sur le genre apparaît comme une norme incorporée déterminant l'ordre social.

De par leur statut, les jeunes filles et les femmes ne disposent pas suffisamment de capacité décisionnelle, ni d'espace de parole, encore moins sur des sujets ayant trait à la santé de la reproduction. Elles n'ont donc que très peu d'information sur leurs corps et son fonctionnement, et n'ont aucune légitimité sociale à rechercher cette information avant le mariage.

Au Mali comme en Mauritanie et au Niger, la société reste majoritairement patriarcale, puisant ses racines dans de multiples prescriptions sociales et traditionnelles qui attribuent des rôles et responsabilités différenciées aux hommes et aux femmes, aux aîné.e.s et aux cadet.te.s. Les hommes sont chargés de la majorité des dépenses du ménage: logement, habillement, alimentation, santé, éducation des enfants, organisation et participations aux cérémonies religieuses, de baptême, de mariage. Ils subviennent à ces dépenses grâce aux revenus dont les provenances sont variées : agriculture, élevage, artisanat, construction, administration, commerce, transport, etc. De part cette responsabilité économique, ils prennent en charge les besoins fondamentaux des membres de la famille. Plus ils ont la capacité de subvenir aux besoins de leurs épouses et de leurs enfants, plus ils gagnent en prestige social et confortent alors leur pouvoir au sein du ménage. Ce pouvoir renforce leur responsabilité et la latitude de prendre les décisions lors d'évènements importants, notamment les projets de mariage, en cas de maladie, et aussi d'évènements moins importants, tels que les sorties. L'accès inégal aux moyens de subsistance a des répercussions négatives sur la capacité de décision des femmes, ce qui affecte leur santé d'un point de vue préventif et curatif.

---

<sup>1</sup> OMS, 2015

Généralement, aux femmes sont assignés les travaux domestiques. Le rôle des femmes est considéré comme secondaire par rapport à celui des hommes. Cette répartition inégale des responsabilités et du pouvoir au sein du ménage affecte les mineurs et les femmes dans l'exercice de leur droit à la santé<sup>2</sup>.

Il faut également ajouter que le devoir d'obéissance lié à leur statut et les situations inégalitaires dans lesquelles elles se trouvent ne leur laissent que très peu de marge pour négocier les termes de l'échange sexuel, ce qui peut engendrer une initiation à la sexualité dans un contexte de risque sanitaire (grossesses précoces, IST, violences sexuelles...).

En Mauritanie, les violences conjugales ne sont pas répertoriées ; le viol n'est pas considéré comme un crime et ne fait pas l'objet de condamnations pénales. Au Mali, la situation demeure critique avec près de quatre femmes sur dix (dès l'âge de 15 ans) ayant subi des violences physiques. Au Niger, des études sur les Violences Basées sur le Genre - VBG ont montré une recrudescence du phénomène dans les régions d'Agadez et de Zinder (Oxfam, 2006) et dans les régions de Dosso et de Maradi (Oxfam, 2007), avec une forte prévalence des violences physiques, sexuelles et conjugales. Les violences physiques constituent 43% de l'ensemble des VBG perpétrées, suivies des violences sexuelles (28,3%) et des violences psychologiques (17,1 %). En 2015, le rapport UNPFA<sup>3</sup> indique qu'en population générale, 44% des hommes et 60% des femmes déclarent avoir subi au moins une fois des violences dépassant les 90% dans les régions de Zinder et Maradi.

Dans les trois pays le taux de fécondité reste élevé variant de 4,5 et 7,24 naissances par femme. La faible utilisation des contraceptifs modernes de 12,5% en Mali, 10,6% en Mauritanie et de 6,2% au Niger ainsi que les besoins non satisfaits en contraception de 26,8% au Mali, 31,7% en Mauritanie et 16% au Niger, en sont le reflet.

Le tableau suivant répertorie les principales stratégies et politiques dans les pays d'intervention liés à la SSR et à la SMI ainsi que la PCIME.

	Stratégies politiques	Outils juridiques
Mali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politique nationale de la population dont l'un des objectifs est d'augmenter la prévalence des méthodes contraceptives modernes de 8,2 % en 2001 à 30 % en 2025,</li> <li>Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2012-2017, avec le renforcement des actions de la PF dans les zones à forte fécondité afin de la croissance de la population en âge de scolarisation,</li> <li>Plan stratégique santé de la reproduction 2014-2018</li> <li>Plan décennal de développement sanitaire et social 2014-2023 (PNDSS), avec la promotion de la planification familiale pour réduire la mortalité maternelle et néonatale à travers une hausse de la prévalence contraceptive de 20 % en 2023.</li> <li>Politique de gratuité des césariennes à partir de 2005 et des traitements contre le paludisme à partir de 2007</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Loi N° 02-044 du 24 Juin 2002 relative à la santé de la reproduction.</li> <li>Ratification de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en 1985, du Protocole CEDEF en 2000, et du Protocole relatif aux Droits des Femmes en Afrique de la Charte Africaine des droits de l'Homme et des Peuples en 2005 ;</li> <li>La Constitution de 1992 garantit des droits égaux aux femmes et aux hommes (art.2) et proclame dans son préambule la défense des droits de la femme et de l'enfant.</li> <li>Loi du 18 décembre 2015 instituant des mesures pour promouvoir le genre dans l'accès aux fonctions nominatives et électives</li> </ul>
Mauritanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan Stratégique de Sécurisation des produits en Santé de la Reproduction pour la période 2010-2015,</li> <li>- Plan national du repositionnement de la PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Loi n° 2017-025 du 15 novembre 2017 relative à la santé de la reproduction.</li> <li>Ratification de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à</li> </ul>

<sup>2</sup> Rapport recherche PROGRESS « Renforcer les micro-réformes endogènes pour améliorer les services de santé sexuelle et reproductive dans trois pays du sahel (Mali, Mauritanie, Niger)

<sup>3</sup> « Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger » Rapport UNPFA, 2015

	<p>comme action prioritaire du PNDS 2012-2020,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré pour la période 2017-2020,</li> <li>- Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2010-2015,</li> <li>- Plan National Budgétisé (PANB) en faveur de l'espacement des naissances 2019-2013.</li> <li>- Politique de subvention des services de santé maternelle et néonatale à travers la stratégie du « Forfait obstétrical » à partir de 1998</li> </ul>	<p>l'égard des femmes en 2001 avec une réserve générale et du Protocole relatif aux Droits des Femmes en Afrique de la Charte Africaine des droits de l'Homme et des Peuples en 2005 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption en 2007 d'une loi réprimant les pratiques esclavagistes ;</li> <li>• Adoption en 2006 d'un décret établissant un quota de 20% de femmes sur les listes des candidats aux élections municipales et parlementaires.</li> </ul>
Niger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie Nationale de Prévention des Grossesses des adolescentes 2015-2020,</li> <li>• Programme National de Santé de la Reproduction 2005 – 2009,</li> <li>• Feuille de Route 2006-2015 pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;</li> <li>• Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021, maîtrise de la croissance démographique à travers la promotion de la PF et SM,</li> <li>• Plan d'action national budgétisé de la planification familiale 2013 –2020,</li> <li>• Mise à échelle de PFE (Pratiques Familiales Essentielles) avec l'appui de l'UNICEF.</li> <li>• Plan National de repositionnement de la PF 2013 – 2020,</li> <li>• Plan de passage à grande échelle de la délégation des tâches en planification familiale (2020-2022).</li> <li>• Politiques de gratuité au bénéfice des femmes enceintes et des enfants de moins 0-5ans et la prise en charge des cancers gynécologiques à partir de 2006</li> <li>• Stratégie Nationale pour la Promotion de l'Abandon des Mutilations Génitales Féminines, 2007</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loi n°2006-16/ du 21 juin 2006 sur la santé de la Reproduction</li> <li>• Ratification de la CEDEF en 1999 (avec de nombreuses réserves ; d'où une implémentation et opérationnalisation insuffisante, JICA 2011) et le Protocole CEDEF en 2004 ;</li> <li>• La constitution prévoit la non-discrimination et confère des droits égaux aux femmes et aux hommes.</li> <li>• La Politique Nationale de Santé (PNS) validée en Octobre 2015 et adoptée le 03 mars 2017 en conseil des ministres.</li> </ul>

Le Programme permettra de poursuivre les actions entreprises ainsi que les résultats atteints lors de la 1ère phase (2012-2016), d'élargir et de compléter les interventions développées et d'intégrer davantage les questions de genre et d'âge dans le cœur des interventions de la Croix-Rouge française ainsi que des Sociétés Nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge implantées dans ces trois pays.

## Présentation du programme PROGRESS

<b>Objectif général</b>	Contribuer à l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile, Santé Sexuelle et Reproductive, Planification Familiale (SMI- SSR-PF) des populations au Mali, en Mauritanie et au Niger
<b>Objectif spécifique</b>	Les représentations et pratiques en matière de Genre et de SMI-SMN-PF au sein des communautés, des Sociétés Nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des systèmes sanitaires évoluent.
<b>Résultats attendus</b>	<p><b><u>Sous- objectif spécifique 1 :</u></b>  <b>L'offre de services en SMI-SSR-PF répond aux normes de qualité des politiques nationales et est adaptée aux attentes des populations.</b>            Cet objectif vise à améliorer la qualité, la disponibilité et l'acceptation des services de santé et agira sur plusieurs leviers :</p>

- Les connaissances et les compétences techniques mais aussi émotionnelles et comportementales des personnels de santé en lien direct avec les femmes enceintes et leurs nouveau-nés afin de favoriser un accueil et un soin respectueux des femmes au sein des structures de santé.
- Le renforcement des plateaux techniques
- Le réhabilitation et équipement de structures de santé.
- L'intégration de solutions technologiques adaptées, en vue d'améliorer la qualité des soins et le suivi
- La création ou réactivation de dispositifs spécifiques: les Unités Kangourou au sein des structures de référence, les mécanismes de référencement pour soins obstétricaux des Centres de Santé vers les services spécialisés.

**Ce sous-objectif est composé de six résultats :**

- OS1 - R1 : Des professionnels de santé compétents et avec des comportements respectueux de la personne
- OS1 - R2 : Des plateaux techniques performants / fonctionnels dans les Centres de Santé répondant aux besoins différenciés des hommes, des femmes et des enfants
- OS1 - R3: Déploiement de l'application Safe Delivery au sein des Centres de Santé
- OS1 - R4: Déploiement d'un dispositif de SMS de rappel de consultation.
- OS1- R5: Création ou réactivation d'Unités Kangourou au sein des Structures de Référence
- OS1- R6: Création ou réactivation de mécanismes de référencement pour soins obstétricaux des Centres de Santé vers les services spécialisés.

**Sous - Objectif Spécifique 2 :**

**Les populations des zones d'intervention ont recours à des pratiques positives en SMI-SSR-PF**

Ce sous-objectif permettra d'agir sur les leviers suivants :

- Les connaissances des femmes en âge de procréer et leur famille (conjoints, mères et belles-mères, frères et sœurs, belles sœurs) et des leaders communautaires (religieux, politiques et tradipraticiens) sur les risques associés à la grossesse et l'importance du suivi dans une structure de santé, ainsi que sur la prise en charge des survivants de Violences Basées sur le Genre.
- Les barrières financières aux soins de santé pour les femmes les plus vulnérables.
- Les barrières géographiques, via un appui au référencement de la communauté vers les structures de santé.
- Les capacités des acteurs locaux dans la prise en charge des Survivants de Violences Basées sur le Genre.

**Ce sous-objectif 2 est composé de six résultats**

- OS2 - R1 : Les communautés sont sensibilisées et ont accès à plus de connaissances sur les thématiques SMI-SSR-PF
- OS2 - R2 : Amélioration de l'autonomisation financière des femmes pour l'accès aux soins de santé.
- OS2 - R3: Disponibilité de mécanismes de référencement opérationnels pour les soins obstétricaux de la communauté vers les centres de santé

	<p>OS2 - R4 : Disponibilité d'une cartographie des acteurs de la prise en charge des SVBG</p> <p>OS2 - R5 : Services opérationnels de prise en charge des SVBG</p> <p>OS2 - R6 : Intégration de l'approche Genre dans la mise en œuvre des interventions des Sociétés Nationales Croix-Rouge et Croissant-Rouge.</p>
<p><b>Activités principales</b></p>	<p><b>Sous Objectif 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation régionale de formateurs en « Santé et Genre »</li> <li>- Formation nationale soins respectueux envers les femmes et leurs proches ainsi qu'une formation à destination du personnel soignant</li> <li>- Formation des professionnels de santé en Helping Baby Breath (HBB) et Helping Mother Survives (HMS)</li> <li>- Formation des professionnels de santé en PCIME</li> <li>- Formation en Planification Familiale</li> <li>- Formation au personnel de santé sur PEC VBG</li> <li>- Formation en SONUB/SONE</li> <li>- Introduction d'une formation Helping Baby Breath (HBB) et Helping Mother Survives (HMS) et d'une formation « Soins respectueux » pour les étudiants des Instituts de Formation Sanitaire (Mali)</li> <li>- Supervision formative et supervision conjointe</li> <li>- Création de cadre d'échange entre soignant.e.s et soigné.e.s</li> <li>- Travaux de réhabilitations des centres de santé et création des espaces dédiés aux activités SMN</li> <li>- Dotation en matériel/équipement médicaux</li> <li>- Mise à disposition des kits PEP</li> <li>- Déploiement application Safe Delivery (Mauritanie/ Mali)</li> <li>- Déploiement rappel sms consultation (Mauritanie/ Mali)</li> <li>- Support des unités Kangourou (Mali/Niger)</li> <li>- Support mécanisme de référence (Mali/Niger)</li> </ul> <p><b>Sous Objectif 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche action en collaboration avec la Fondation CRF</li> <li>- Formation des volontaires</li> <li>- Déploiement stratégie mob com</li> <li>- Mise en place des clubs des mères/ stratégies des hommes alliés</li> <li>- Mise à disposition des consultations SSR pour les jeunes (Mali)</li> <li>- Déploiement clinique mobile SSR (Mauritanie)</li> <li>- Projet Pilote Taxicom (Mauritanie)</li> <li>- Soutien prise en charge holistique des VBG en partenariat avec OSC</li> <li>- Accompagnement renforcement des compétences en genre des sociétés nationales hôtes</li> </ul>
<p><b>Partenaires financiers</b></p>	<p>Agence Française du Développement</p>
<p><b>Durée et Date de mise en œuvre</b></p>	<p>4 ans. Du 1<sup>er</sup> Juillet 2020 au 30 Juin 2024</p>

## Mise en œuvre du projet et réalisations

Les deux premières années d'intervention ont été marquées par plusieurs éléments auxquels le projet a dû s'adapter. Le plus importante a été le contexte sanitaire marqué par l'épidémie de la maladie covid19 que a eu des fortes répercussions sur le bon déroulement des activités, que ce soit sur l'organisation des missions terrains, sur l'organisation des premières formations (difficulté de regrouper des personnes) mais également sur l'organisation des ateliers de lancement.

Le contexte politique et social, notamment au Mali et au Niger, a également affecté la signature des accords d'intervention et le développement de certaines activités. En tout cas, au cours de la deuxième année (juillet 2021-juin 2022), il a été possible de consolider un rythme de travail satisfaisant.

La première année d'exécution a constitué avant tout une période de préparation et de révision des activités, qui se sont déployées progressivement sur le terrain à partir du dernier trimestre de 2020. Il s'agit notamment des cérémonies de lancement, des ateliers de présentation du programme et la signature des protocoles d'accords que ce soit avec les sociétés nationales hôtes qu'avec les directions régionales de santé mais également au niveau programmatique la Formation Régionale Genre et Santé en novembre 2020 à Dakar et le déroulement de cette formation dans les trois zones d'intervention, les diagnostics des plateaux techniques des structures sanitaires ciblées et lancement des travaux, la cartographie des services de prise en charges des violences basées sur le genre et les premiers échanges avec les organisations de la société civile.

La première année a permis aussi d'établir le plan de suivi-évaluation et de le partager auprès des équipes de trois pays. La première enquête communautaire, enquête de base, a été réalisée, même si tardivement, en couplant avec la formation à la méthode LQAS. En terme de redevabilité, les chargé.e.s de suivi-évaluation ont été formé.e.s à l'approche de l'engagement communautaire et redevabilité, avec un focus particulier sur la mise en œuvre d'un mécanisme de retours d'information et réclamation. Les premières informations concernant les canaux de communication ont été collectées. Les données qualitatives ont été collectées au cours de l'année 2.

Au cours de la deuxième année, des progrès ont été réalisés pour améliorer la qualité de la prestation de services. Plusieurs formations ont été organisées au profit du personnel de santé en matière de SSR et de SMI. Des progrès ont été réalisés dans la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé ainsi que le system de référence. En parallèle, des stratégies de mobilisation communautaire ont été mises en place et l'ensemble des actions visant à augmenter l'utilisation des services de SSR a été lancé. Au cours de l'année 2, les premières études ont été réalisées pour examiner les différentes options d'évacuations médicales avec la participation des mécanismes de gestion communautaire (taxicom).

## Justification de l'évaluation

La présente évaluation est une évaluation à mi-parcours. Elle a pour objectif de proposer une analyse externe permettant d'évaluer l'action menée et de proposer le cas échéant des aménagements pour mieux répondre aux objectifs attendus jusqu' à la fin de l'intervention.

### **2. Objet et portée de la mission d'évaluation**

- ❖ Analyser et valider les principales hypothèses et concepts sur lesquels reposent la stratégie d'intervention et la méthodologie de mise en œuvre.
- ❖ Apprécier la gestion du projet : l'efficacité et l'efficacé mais aussi la qualité du suivi lors de la mise en œuvre (cohérence avec les objectifs et approche, identification des enjeux, capacité d'adaptation, pertinence et modalité d'inclusion des partenaires ;

- ❖ Permettre d'évaluer au regard des objectifs fixés l'ensemble des activités menées dans le cadre du projet, de façon à examiner : leur adaptation et mise en œuvre ; leur pertinence, cohérence et efficacité ; leur durabilité et impact potentiel.
- ❖ Apprécier les avis et opinions des groupes cibles sur le programme, au regard des actions proposées et des stratégies d'intervention.
- ❖ Formuler des recommandations précises et concrètes visant à adapter ou réviser complètement certaines actions sur la base d'une justification argumentée.
- ❖ L'évaluation devra donc également prendre en compte toutes les évolutions contextuelles afin d'apprécier les résultats obtenus et leurs impacts à la lumière de la situation du pays et de la zone d'intervention

### 3. Méthodologie

**La méthodologie sera conçue par l'équipe d'évaluation. Elle devra :**

- Répondre aux critères d'évaluation proposés.
- Appliquer une matrice d'évaluation tournée vers les réponses aux questions d'évaluation importantes, en prenant en compte les défis de disponibilité des données, le budget et les contraintes de calendrier.
- Démontrer l'impartialité et l'absence de prises de partie en s'appuyant sur des sources d'informations croisées (groupes de participants, y compris les bénéficiaires, etc.) La sélection de sites de visites de terrain devra aussi démontrer l'impartialité.
- Utiliser des méthodes mixtes (quantitative, qualitative, participative, etc.) pour assurer le croisement des informations par une variété de moyens et une meilleure fiabilité des résultats d'analyse.
- S'assurer au cours de l'utilisation des méthodes mixtes, que les femmes, filles, hommes et garçons de différents groupes de participants prennent part à l'évaluation et que leurs différentes voix sont entendues et utilisées.

S'assurer de documenter des études de cas spécifiques comme demandé à la section « Livrables attendus ».

**Il est recommandé que les méthodologies de collecte de données incluent les éléments ci-dessous :**

- Une revue documentaire ;
- Des entretiens avec des informateurs clés et des discussions de groupe, avec les principales parties prenantes, y compris l'équipe du programme, les fonctionnaires des ministères clés, les partenaires de la société civile, les leaders communautaires ;
- Enquêtes auprès des populations ciblées (communautés, personnel soignant, partenaires)
- Examen systématique des données de suivi, des évaluations internes ;
- Examen systématique des données existantes et pertinentes au niveau des effets ou du contexte national

Le travail d'évaluation s'appuiera sur une démarche en trois étapes :

1. Structurer la démarche évaluative ;
2. Conduire l'analyse évaluative ;
3. Présenter les conclusions des travaux évaluatifs et les recommandations.

#### 1. Structurer la démarche évaluation

Au cours de cette phase préparatoire, le consultant doit :

- rassembler et consulter toutes les informations et tous les documents relatifs au projet évalué (instruction, exécution, suivi) et à la compréhension de son contexte. Les documents à consulter seront disponibles auprès des structures suivantes : à compléter selon les cas ;
- identifier toutes les parties prenantes du projet ;

- conduire des entretiens avec les personnes impliquées ou ayant été impliquées dans la conception, la gestion et la supervision du projet.
- établir un récit précis du projet dans une note qui devra notamment retracer l'historique du projet afin d'en restituer le déroulement à ses différentes étapes, de la phase d'instruction jusqu'à la date de l'évaluation. Ce récit est très important pour la mémoire institutionnelle de l'AFD et du MOA et pour la bonne efficacité des missions de terrain ;
- reconstruire la logique d'intervention du projet<sup>4</sup> en étudiant [ou en reconstituant (si celui-ci n'est pas disponible)] le cadre logique du projet (cf. annexe 1) ;
- approfondir le cadre de l'évaluation sur la base des termes de référence, des documents collectés et de la logique d'intervention reconstruite. Il s'agira : (i) de préciser les principales questions qui serviront à focaliser le travail d'évaluation sur un nombre restreint de points clés afin de permettre une collecte d'information plus ciblée au cours de la phase de terrain, une analyse plus fine et un rapport plus utile ; (ii) d'établir les étapes du raisonnement qui permettront de répondre aux questions (critères de jugement) ; (iii) de préciser les indicateurs à utiliser pour répondre aux questions et les sources d'informations correspondantes (documentation, entretiens, focus group, enquêtes, ...).

A partir de ce travail méthodologique le consultant proposera un document synthétique de cadrage de l'évaluation après le démarrage de ses travaux.

Cette note de cadrage est un document essentiel pour la bonne réalisation de l'évaluation. Il est important de prendre le temps nécessaire pour sa bonne réalisation.

Une attention particulière sera portée sur la capacité de l'évaluateur à mobiliser des sources diverses, à les trianguler entre elles et à porter un regard critique sur leur fiabilité : revue documentaire, entretiens semi-directifs, focus groups (groupes de discussion thématique), données existantes, enquêtes ad hoc, observations de terrain

## 2. Conduire l'analyse évaluative sur les questions de l'évaluation.

### Hypothèses d'évaluation

L'évaluation vise à analyser 5 hypothèses principales sur lesquelles l'intervention est basée. Pour chacune d'entre elles, une série de questions initiales est proposée, que peuvent être révisées par l'équipe d'évaluateurs.

**Hypothèse 1 :** Le programme s'attaque aux causes et déterminants d'inégalité de genre qui conditionnent la santé sexuelle et reproductive de femmes et de mineurs et s'aligne sur les politiques nationales de promotion de la SSR ainsi que sur d'autres interventions dans les zones d'exécution du programme.

Afin d'analyser la validité de cette hypothèse, les questions suivantes sont proposées :

- Dans quelle mesure les conclusions de la recherche sur les déterminants d'accès aux services de santé SSR ont été intégrés à l'action du programme ?
- A-t-elle fourni les informations nécessaires sur les causes des inégalités de genre en termes d'accès aux services, de leur définition et de la prise en charge de leurs coûts ?

---

<sup>4</sup> La logique d'intervention est constituée de l'ensemble des activités mises en œuvre, des moyens mobilisés, du mode de suivi adapté (indicateurs), des réalisations, des résultats et des effets attendus, notamment pour les acteurs clés du projet, ainsi que des hypothèses qui expliquent comment les activités ont conduit aux effets dans le contexte de l'intervention. La reconstruction de la logique d'intervention doit notamment permettre à l'évaluateur : (i) de clarifier les objectifs de l'intervention et de les traduire en une hiérarchie de changements attendus et (ii) d'aider à juger la cohérence interne de l'intervention. Elle doit aussi aider à identifier les hypothèses de départ (ou postulats, souvent implicites) qui ont guidé *a priori* le montage du projet, et d'en évaluer *a posteriori* le bien-fondé.



- La stratégie d'intervention et les activités envisagées et mises en œuvres répondent-elles aux besoins différenciés des femmes, des adolescentes, des filles et des hommes en matière de SMI, SSR et PF ? Comment ces besoins et intérêts ont-ils été déterminés ?
- La stratégie d'intervention est-elle la plus adéquate pour répondre aux besoins des groupes les plus marginalisés dans les trois zones d'intervention ?
- Jusqu'à quel point l'approche genre proposée dans le cadre de l'intervention par la CRF/SNH au niveau communautaire, personnel soignant et intervention au niveau de système de santé permet d'amener à une amélioration de la santé sexuelle et reproductive des populations ?
- L'approche genre est-elle adaptée aux contextes spécifiques des zones d'intervention compte tenu de leur évolution ?
- L'intervention est-elle en adéquation avec les stratégies nationales relatives à l'égalité des sexes dans le secteur de la santé ?
- Est-ce que le projet est cohérent avec les politiques et protocoles de SSR et SMI de chaque pays d'intervention ?
- Est-ce que le projet est cohérent avec les autres activités menées par l'AFD dans le secteur de la SMI, SSR et FP dans les pays d'intervention ?
- Est-ce que le projet a établi des synergies et efforts de coordination avec les autres projets de SMI, SSR et FP sur les mêmes zones géographiques ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment ?
- Est-ce que le programme a identifié ces risques et mis en place des mécanismes de mitigation ?

**Hypothèse 2 :** La méthodologie de mise en œuvre proposée, ainsi que les ressources disponibles et son utilisation, sont cohérentes avec les activités du programme et permettront de produire les résultats attendus de manière durable.

Afin d'analyser la validité de cette hypothèse, les questions suivantes sont proposées :

- Les ressources financières dont dispose le programme sont-elles suffisantes pour le développement des activités proposées ? Y a-t-il des résultats qui ne disposent pas d'un budget suffisant pour être atteints de manière satisfaisante ?
- Des ressources suffisantes (expertise, ressources financières, humaines) ont-elles été mobilisées pour l'intégration de la dimension genre lors de l'identification, la faisabilité, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du projet ?
- Le niveau d'exécution des activités et du budget est-il cohérent avec le temps écoulé de la mise en œuvre ?
- Les équipes de travail par pays sont-elles suffisantes pour le développement des activités proposées ?
- Le budget disponible pour la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé est-il suffisant pour améliorer la qualité de la prestation des services de SSR ?

**Hypothèse 3 :** La méthodologie d'implémentation et la gouvernance du programme permet la participation des bénéficiaires, de la société civile et des autorités à la mise en œuvre du projet, à la prise de décision et à l'appropriation des résultats du programme et renforce leurs capacités à intégrer une approche genre dans la santé.

- Jusqu'à quel point les groupes bénéficiaires ou leurs représentants ont-ils participé aux processus de prise de décisions lors des différentes phases du programme ?
- Les stratégies pour assurer une participation, ou au moins une consultation des populations marginalisées lorsqu'il est question de santé sexuelle et reproductive lors de toutes les phases du programme, ont-elles été adaptées ?
- Quelles propositions pour l'adoption des méthodes de redevabilité, notamment des mécanismes de gestion des plaintes ?

- Le mécanisme de retour d'information et de réclamations mis en place a-t-il permis d'établir un contact régulier avec les communautés et les équipes du projet ?
- Dans quelle mesure le rôle et l'implication des hommes font l'objet d'actions spécifiques comme cela été envisagé ?
- En terme de renforcement/transfert de compétences, selon les modalités de gestion de partenariat, est ce que les stratégies mises en place facilitent la participation active des SNH et renforcent leurs compétences pour mener à bien des programmes similaires ?
- En terme de coordination interne du programme, dans quelle mesure les modalités de pilotage ainsi que les communications permettent la bonne mise en œuvre du programme ?
- Quelle est la perception des actions de l'intervention et des messages portant sur les croyances liées au genre, attitudes et sexualité, auprès des groupes de populations et partenaires d'intervention ? Quelle est leur appropriation de ces actions ?
- Est-ce que les stratégies pour intégrer le genre au sein des SNH et de la CRF sont pertinentes par rapport aux cadres stratégique de SNH/CRF de chaque pays ?
- Est-ce que les activités du projet ont permis d'impulser un processus d'intégration du genre dans les pratiques / interventions des sociétés nationales ?
- Le programme intègre-t-il les actions nécessaires pour améliorer les capacités des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à intégrer le genre aux niveaux stratégique et opérationnel ?

**Hypothèse 4 :** La conception du programme (activités-résultats), l'engagement des parties prenantes et le contexte social permettra de maintenir les résultats obtenus au-delà de la fin du projet.

Afin d'analyser la validité de cette hypothèse, les questions suivantes sont proposées :

- Quels seraient les axes prioritaires pour garantir que les effets positifs escomptés de l'intervention, notamment le renforcement des compétences du personnel soignant, l'analyse des informations sanitaires, la disponibilité des services VBG, les modalités de référencement ou d'amélioration de l'accès des centres de santé (taxicoms) puissent se poursuivre après l'intervention ?
- Existe-t-il des capacités institutionnelles suffisantes pour maintenir dans le temps les changements produits ? et si non, quelles modalités d'accompagnement pourraient se dessiner pour renforcer ces capacités ?
- Dans quelle mesure les approches utilisées dans ce projet ont permis de faire un lien avec l'agenda des politiques de santé en cours ?
- En terme de partenariat avec les OSC, quelles synergies ont été mises en place ou du moins des pistes de stratégies mises en place pour assurer la continuité des services VBG dans les trois zones d'intervention ? pour assurer une continuité de l'accès des jeunes aux soins SSR spécifiquement au Mali ?

**Hypothèse 5 :** Le dispositif de suivi-évaluation, apprentissage et communication mis en place permet de mesurer les effets de l'approche genre sur l'amélioration de la santé, suivre l'implémentation du programme, d'identifier les effets non-désirés du projet et d'assurer un mécanisme de capitalisation et communication des résultats obtenus.

- Comment est-ce que l'approche genre a-t-elle été intégrée dans le dispositif de suivi-évaluation ? Les indicateurs prévus sont-ils sensibles au genre ?
- Dans quelle mesure ce dispositif a-t-il permis de suivre et renseigner les indicateurs du programme ?
- Comment est-ce que les résultats issus du suivi des activités ont-ils été intégrés dans la planification des activités /réorientation des activités ?
- Dans quelle mesure l'approche « ne pas nuire » a-t-elle été intégrée dans la conception et dans la mise en œuvre des activités ?
- L'action du programme a-t-elle des effets négatifs sur les filles et les femmes ciblées (mise en danger, augmentation de la pression sociale, accroissement de la charge de travail ou responsabilité de transformation sociale) ?

- Durant cette phase de mise en œuvre, des activités de capitalisation ont-elles été conduites et les résultats diffusés aux équipes/partenaires ?
- Le système de suivi-évaluation est-il adéquat pour suivre le projet (activités et résultats) ?
- Dans quelle mesure la stratégie de capitalisation permettra-t-elle la mise à disposition des études de cas, outils et leçons apprises ?
- Dans quelle mesure le cadre de suivi-évaluation permet-il de mesurer l'impact de l'approche genre sur l'amélioration de la santé des communautés et quels aménagements sont à apporter le cas échéant ?
- Le programme dispose-t-il d'un plan de communication ?
- Les actions de communication permettent-elles aux parties impliquées dans le projet de connaître des aspects fondamentaux du projet ?
- Les autorités locales et civiles identifient-elles clairement le bailleur du fond (AFD) ?
- Des actions ont-elles été développées pour améliorer la visibilité du programme ?
- Des actions de communication sur les bonnes expériences ou les leçons apprises sont-elles prévues ?
- Y a-t-il un budget suffisant pour la communication du programme ?

Les cinq hypothèses proposées sont liées aux critères d'évaluation classiques du CAD, comme on peut le voir dans ce tableau.

<div style="text-align: right; padding-right: 10px;"><b>Critères CAD</b></div> <div style="text-align: left; padding-left: 10px;"><b>Hypothèses à évaluer</b></div>	Pertinence	Efficacité	Efficience	Durabilité	Participation, coordination et Empowerment
<b>Hypothèse 1</b> : Le programme aborde les causes et déterminants d'inégalité de genre qui améliorent la santé sexuelle et reproductive de femmes et de mineurs et s'aligne sur les politiques nationales de promotion de la SSR ainsi que sur d'autres interventions dans les zones du projet.					
<b>Hypothèse 2</b> : La méthodologie de mise en œuvre proposée, ainsi que les ressources disponibles et son utilisation, est cohérente avec les activités du programme et permettra de produire les résultats attendus de manière durable.					
<b>Hypothèse 3</b> : La méthodologie d'implémentation et gouvernance du programme permet la participation des bénéficiaires, de la société civile et des autorités à la mise en œuvre du projet, à la prise de décision et à l'appropriation des résultats du programme.					
<b>Hypothèse 4</b> : La conception du programme (activités-résultats), l'engagement des parties prenantes et le contexte social permettront de maintenir les résultats obtenus au-delà de la fin du projet.					
<b>Hypothèse 5</b> : Le dispositif de suivi-évaluation, redevabilité et apprentissage mis en place permet de mesurer les effets de l'approche genre sur l'amélioration de la santé, suivre l'implémentation du programme, d'identifier les effets non-désirés du projet et d'assurer un mécanisme de capitalisation et de communication efficace des résultats obtenus.					

### **3. Conclusions et recommandations**

Le consultant distinguera les conclusions spécifiques dont la validité est limitée au projet évalué et les conclusions de portée plus générales. Ces conclusions doivent être hiérarchisées par ordre d'importance et classées par ordre de fiabilité. Cet exercice est destiné à faire ressortir les messages de l'évaluation qui peuvent s'adresser à l'AFD, à la CRf ainsi qu'à l'ensemble des acteurs impliqués.

Le consultant identifiera des leçons et/ou des recommandations stratégiques et/ou opérationnelles. Ces dernières doivent être liées aux conclusions, regroupées et classées par ordre de priorité.

Ces leçons et/ou recommandations peuvent porter sur l'intervention elle-même, sur les prochains cycles de l'intervention, sur des interventions similaires dans d'autres contextes, sur les pratiques générales du cycle du projet à l'AFD (instruction, mise en œuvre, suivi, etc.) ou sur les modes de faire du maître d'ouvrage. Elles peuvent s'adresser à l'AFD, au maître d'ouvrage du projet ainsi qu'à l'ensemble des acteurs impliqués (opérateurs, ingénieur en appui conseil, bénéficiaires, etc.). Le consultant doit toutefois veiller à bien mentionner à qui elles s'adressent.

Une attention particulière doit être portée aux recommandations. Celles-ci doivent être opérationnelles et, par conséquent : en nombre limité, précises, adressées à un (ou plusieurs) acteurs à mentionner, assorties d'un horizon temporel (court, moyen ou long terme). Le consultant devra absolument éviter les longues listes de recommandations irréalistes.

Le consultant devra formuler des conclusions et des recommandations spécifiques sur l'intégration du genre dans les opérations.

### **4. Chronogramme**

**Durée de la consultance** : 45 jours.

L'évaluation mi-parcours doit pouvoir commencer début Juin 2022 et le rapport provisoire est attendu le 15 juillet 2022.

La durée de l'évaluation peut varier légèrement en fonction de l'approche méthodologique proposée par l'équipe de consultants et, plus précisément, de l'organisation du travail de terrain (visite des trois pays simultanément ou consécutivement).

### **5. Composition de l'équipe**

L'équipe sera composée d'une équipe d'évaluateur.ice.s externes à la CRF.

Les compétences requises pour réaliser cette évaluation sont celles d'une équipe d'experts couvrant les domaines suivants :

- Connaissance et expérience professionnelle en matière d'évaluation : profil senior en évaluation de projet de développement : expérience confirmée en évaluation de programme de santé et genre.
- Expérience en matière de coopération au développement.
- Connaissances et expertises techniques et sectorielles dans les domaines de la santé publique, la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et reproductive, la planification familiale.
- Expérience dans la région du pays partenaire ou dans des pays similaires de la zone Sahel.
- Capacités linguistiques adéquates (français, anglais).
- Expertise sur les questions de genre et d'égalité entre les femmes et les hommes.
- Connaissance du Mouvement Croix-Rouge et Croissant Rouge est un plus.

L'équipe d'évaluation doit avoir un.e coordinateur.ice d'équipe qui sera en charge de la coordination de l'équipe et garantira le respect de la matrice d'évaluation, l'harmonisation des outils et méthodologies utilisées. Le choix d'avoir

une équipe d'évaluation qui couvrirait les trois pays ou une équipe par pays (Mauritanie, Mali, Niger) reste à la discrétion des candidat.e.s, tant qu'une personne est identifiée comme coordinateur.rice d'équipe.

## 6. Livrables attendus

### **Livrable 1 : Note de cadrage de l'évaluation**

A l'issue de la phase de structuration de la démarche évaluative, le consultant produira une note de cadrage de l'évaluation. Cette note servira à :

- Présenter la logique d'intervention du projet ;
- Détailler les principales questions qui serviront à focaliser le travail d'évaluation sur un nombre restreint de points clés afin de permettre une collecte d'information plus ciblée au cours de la phase de terrain, une analyse plus fine et un rapport plus utile ;
- Établir les étapes du raisonnement qui permettront au consultant de répondre aux questions (critères de jugement).
- Préciser les indicateurs à utiliser pour répondre aux questions et les sources d'informations correspondantes.
- Confirmer avec précision les étapes de la méthode (incluant le nombre de jours-homme affectés à chacune de ces étapes définies dans sa proposition), ainsi que les principes méthodologiques qui guideront l'évaluation et la façon dont ces principes seront mis en œuvre concrètement (ex. : si l'évaluation se veut participative, alors la note devra expliquer comment la dimension participative sera mise en œuvre).

Cette note comprendra un historique du projet afin d'en restituer le déroulement à ses différentes étapes. Elle comprendra une présentation générale du contexte et de son évolution au cours de la période de mise en œuvre, une description du projet (objectifs, contenu, montant, produit financier, intervenants, mode opératoire) et un résumé du déroulement du projet depuis son démarrage. Dans ce cadre, le consultant veillera à distinguer la phase d'instruction du projet (de l'identification jusqu'à l'octroi du financement AFD), sa phase d'exécution (de la signature de la convention de financement jusqu'à l'achèvement du projet), et enfin les faits marquants intervenus entre la date d'achèvement du projet et la date de l'évaluation. Cette synthèse insistera sur les faits et facteurs qui nourrissent l'analyse évaluative.

Cette note de cadrage devra être validée par le COPIL avant la poursuite des travaux.

### **Livrable 2 : Rapport provisoire**

Une version provisoire du rapport est attendu pour échange et discussion avant de procéder à la finalisation du rapport d'évaluation et de ses annexes, en collaboration avec ses différents interlocuteurs.

Les conclusions et recommandations de l'évaluation doivent permettre de conforter ou d'adapter les stratégies d'intervention identifiées pour les deux dernières années du programme.

Des études de cas sur l'accès et la qualité des soins seraient appréciées.

Des études de cas sur les référencement et prises en charge des victimes de VBG seraient appréciées.

### **Livrable 3 : Rapport définitif et restitution en visioconférence.**

Une version définitive incluant les questions et retours du commanditaire de l'évaluation sera remise.

**Livrable 4 : Présentation des conclusions et recommandations lors d'un atelier de capitalisation organisée par la CRf à Dakar.**

## 7. Documents de référence

### **Documents contractuels de projets :**

Fiche identification projet et Convention de financement

**Documents stratégiques** : Politiques et protocoles de SSR et égalité de genre dans les trois pays d'intervention. Politique de Genre de la Croix-Rouge française ainsi que des Sociétés Nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge Mali, Niger et Mauritanie

**Document du programme** : Rapports intermédiaires, rapport trimestriel, note d'activités, plan suivi-évaluation, rapport de recherche, base de données, cadre logique, calcul de bénéficiaires.

L'équipe de référence du CRF pour le développement de l'évaluation :

- Coordinateur de projet (Bureau régional)
- Chefs de délégations (Mali, Niger, Mauritanie)
- Équipe MEAL (Bureau régional et Mali, Niger et Mauritanie)
- Responsables de projet (Mali, Niger, Mauritanie)
- Personnel technique du projet : référents santé, mobilisateurs communautaires, superviseurs (Mali, Niger, Mauritanie)
- Référents techniques HQ (Genre et Santé)

## **8. Procédure de sélection de l'équipe d'évaluation**

Les candidats intéressés sont priés de soumettre leur dossier de candidature par mail avant le 10 juin 2022 à :

Farida Bertheaume

[assist-dakar.frc@croix-rouge.fr](mailto:assist-dakar.frc@croix-rouge.fr)

Les candidat.e.s intéressés devront soumettre une offre technique et financière incluant :

**Le CV des membres de l'équipe d'évaluation** spécifiant la formation initiale, les expériences similaires et une description des travaux réalisés, ainsi que la répartition des tâches/ pays si pertinent.

**Une proposition technique décrivant la méthodologie proposée** (y compris compréhension des questions d'évaluation) le plan de travail et les concepts d'analyse qui seront mobilisés.

**Un tableau de référence** des principales évaluations réalisées (maximum 10) ainsi que des extraits des conclusions et recommandations réalisées dans le cadre d'évaluation (après accord des commanditaires des dites évaluations).

**Une Offre financière** détaillée et libellée en EUROS et faisant apparaître les rubriques : honoraires, frais de déplacement et hébergement, traduction si nécessaire.

**L'identification des lieux d'hébergement ou des entreprises de location** peut être facilitée par la CRF à la demande de l'équipe d'évaluation identifiée.

Les offres techniques et financières devront être envoyées par e-mail

## **9. Clauses administratives**

Le soumissionnaire doit apporter la **preuve** au moment de la soumission de son offre, **de la régularité de son activité économique** (documents fiscaux, immatriculation, inscription comme travailleur indépendant – en fonction du pays de référence où est établi le soumissionnaire).

Le prestataire doit seul fournir les moyens nécessaires à l'accomplissement de sa prestation qu'ils soient matériels ou humains : billets d'avion, ordinateur, assurances en responsabilité civile professionnelle

Il peut déléguer une partie de la mission, au sein de ses équipes, au collaborateur de son choix, mais il demeure la seule autorité hiérarchique et disciplinaire concernant ses salariés. Le prestataire doit assurer la sécurité, et à ce titre assurer les consultants envoyés en mission



Lors de l'élaboration de la soumission, le prix indiqué de la prestation doit porter la mention «ferme, global, forfaitaire et définitif ».

Le budget de l'évaluation ne doit pas dépasser les **45 000 € (TTC)**.