



# **Termes de référence**

## **Évaluation externe**

**Projet « Mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle  
à Sainte Marie - Madagascar »**

**MINISTERE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

**SECRETARIAT GENERAL**

**CELLULE D'APPUI A LA MISE EN OEUVRE DE LA COUVERTURE EN SANTÉ UNIVERSELLE**

**\*\*\*\*\***

**GOUVERNEMENT DE LA PRINCIPALTE DE MONACO**

**DIRECTION DE LA COOPERATION INTERNATIONALE**

**MADAGASCAR – SEPTEMBRE 2024**

## I – PRESENTATION DES PRINCIPAUX ACTEURS A EVALUER

**Le Ministère de la Santé à travers la Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CACSU)**, une direction rattachée au Secrétariat Général du Ministère de la santé qui a pour mission de s'assurer de la mise en œuvre de la stratégie nationale de CSU en vigueur. Constituée de 3 services rattachés, notamment : le service de mobilisation de financement, le service de la protection sociale, de la promotion et du développement de la CSU, et du service de suivi évaluation de la CSU, les principales attributions de la Cellule consistent à : (i) Assurer l'information des différents acteurs sur la Stratégie Nationale de la CSU en vigueur (SN-CSU), (ii) Organiser des plaidoyers en faveur du développement et priorisation de la couverture santé universelle, (iii) Aligner les parties prenantes dans la mise en œuvre de la CSU, (iv) Alimenter en information les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CSU articulés avec ceux de la Politique Nationale de la Protection Sociale (PNPS), (v) Elaborer et consolider toutes les dépenses publiques sur la CSU en collaboration avec la Direction Générale des Ressources, (vi) Assurer le renforcement de capacité des membres de l'équipe et des parties prenantes en matière de la CSU, (vii) Elaborer un rapport annuel sur la mise en œuvre de la Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle en vigueur. Depuis 2019, la CACSU coordonne la mise en œuvre du projet CSU de Sainte Marie financé par le Gouvernement de la Principauté de Monaco en collaboration avec l'OMS, le Service de Santé de District, la Direction Régionale de la Santé Publique Analanjirifo, l'ONG GRET.

**Le Gouvernement de la Principauté de Monaco** intervient dans le domaine de l'aide au développement par l'intermédiaire de la **Direction de Coopération Internationale (DCI)**. La DCI soutient chaque année environ 150 projets dans 11 pays partenaires, principalement des PMA (Pays les Moins Avancés) et sur 4 domaines d'intervention principaux :

- La santé
- La sécurité alimentaire et nutritionnelle
- L'éducation et la protection de l'enfance
- L'accès au travail décent

Le Gouvernement Princier intervient à Madagascar depuis plus de 20 ans dans le domaine de l'aide au développement à travers quatre domaines d'intervention principaux : la santé, l'éducation et la protection de l'enfance, la sécurité alimentaire et l'accès au travail décent des plus vulnérables.

Un Accord-Cadre général avec le Ministère malgache des Affaires Etrangères a été signé le 28 mars 2022 afin de formaliser les relations de coopération existantes entre les deux Etats pour renforcer les relations d'amitié et de coopération et mettre en place un dialogue politique régulier entre les deux États sur les enjeux de développement et de coopération. Un Accord sectoriel dans le domaine de la Santé a été signé en 2016 et reconduit le 28 mars 2022.

Madagascar est le premier pays de coopération du Gouvernement Princier en termes de nombre de projets soutenus et de volume financier.

Depuis 2006, la Direction de la Coopération Internationale soutient, en partenariat avec l'Organisation Mondiale de la Santé, le renforcement sanitaire de l'île de Sainte Marie à Madagascar

**L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, une des Agences du système des Nations Unies, Conseiller technique du Gouvernement en matière de santé, Secrétariat de « l'assemblée mondiale de la santé » et Chef de file du secteur santé dans le monde. Elle a pour objectif d'amener tous les peuples des États membres et partenaires au niveau de santé le plus élevé possible avec 06 fonctions essentielles : Directives et Normes, Planification, Partenariat et coordination, Appui technique, Recherche et innovations Informations sanitaires. L'OMS a assuré la gestion financière et a appuyé techniquement les Projets MSANP / OMS / Monaco à Sainte Marie depuis 2004 par le renforcement

du système de santé de Sainte Marie et la lutte contre les 3 maladies Paludisme – VIH/ SIDA – Filariose lymphatique et à partir de 2020, le projet pilote de mise en œuvre de la CSU sur l'île de Sainte Marie.

**Le GRET** contribue aux stratégies d'atteinte de la couverture universelle en santé dans les pays à faible revenu depuis la fin des années 90. Dans le cadre de ces stratégies, le Gret intervient en priorité sur les stratégies du côté de la demande de soins à travers les projets SKI et HIP au Cambodge, PASMI à Madagascar, TIMAMA en Haïti, NutriRIM et RIMANJE en Mauritanie. Le Gret a testé (définir, mettre en place et gérer) et documenté des stratégies pour lever les barrières financières aux soins. Ces actions ont été couplées notamment à Madagascar, Mauritanie et Haïti par le renforcement de l'offre de soins primaires (structures de santé de premier échelon) et du système de santé communautaire par le déploiement de l'ANJE, le PMA de santé communautaire et la prévention de la malnutrition Chronique. Le Gret a également donné un appui technique à certains Etats pour opérationnaliser leurs stratégies CSU dans des zones pilotes (cas du Laos en 2012) ou l'extension de la protection financière aux soins (projet SPIN au Cambodge en 2018)

Outres ces expériences techniques, le Gret dispose d'une implantation significative au niveau de l'île Sainte Marie dans le cadre de son appui à la plateforme PECADDISME qui réunit les acteurs économiques et associatifs clefs de l'île dans le cadre de son projet pour la Gestion intégrée des zones côtières. A ce titre, et en tant qu'ONG, le Gret est bien positionné pour accompagner l'observatoire citoyen de la mise en œuvre effective de la CSU sur l'île Sainte Marie. Cet observatoire permettra de développer une approche participative « orientée changement ».

**AFAFI.** Créée en 2007, AFAFI (Antoka ho an'ny Fahasalaman'ny Fianakaviana) Mutuelle de Santé est une association à but non lucratif œuvrant en faveur des populations vulnérables de Madagascar. Présente dans cinq régions (Analamanga, Itasy, Haute Matsiatra, Bongolava et Analanjorofo), elle s'engage à offrir une couverture santé adaptée aux familles les plus démunies.

- **Mission** : Faciliter l'accès aux soins de santé pour les familles pauvres et vulnérables, en luttant contre toutes formes d'exclusion, notamment financière.
- **Un réseau de partenaires** : Travailler en partenariat avec des groupes organisés, tels que des associations, ONG, entreprises sociales, coopératives et communes, qui interviennent auprès des populations des quartiers défavorisés d'Antananarivo et ceux dans le secteur informel. Ces groupes affiliés permettent à leurs membres et familles de bénéficier de notre couverture.
- **Une couverture adaptée** : En tenant compte des capacités financières des familles, AFAFI propose une cotisation accessible, permettant aux travailleurs du secteur informel et aux plus vulnérables de bénéficier d'une couverture santé.
- **Réseau de prestataire de soins** : Grâce à un vaste réseau de prestataires conventionnés, publics et privés, AFAFI assure un accès à des soins de qualité pour ses membres.
- **Accompagnement médico-social** : En plus de la couverture financière, AFAFI propose un service médico-social destiné à renforcer l'autonomie des familles dans la gestion de leur propre santé et à améliorer l'accès aux soins.

En 2022, AFAFI Mutuelle de Santé a étendu son action à l'île Sainte-Marie afin de mettre en œuvre et d'assurer l'opérationnalisation du mécanisme de protection financière dans le cadre du projet de Couverture Santé Universelle (CSU).

## II - CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Madagascar, à l'instar des pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), s'est engagé depuis 2014 vers la Couverture Santé Universelle (CSU) et a établi la Stratégie Nationale sur la CSU pour servir de cadre de référence à la démarche. A travers cette Stratégie Nationale de CSU, le pays s'est engagé depuis 2015 pour l'élargissement de l'accès aux services sociaux de base de qualité, dans ses priorités pour le développement et la protection sociale. L'accessibilité à des soins de santé de qualité, financièrement abordables pour toutes les couches de la société constitue une des priorités nationales définies dans la Politique Générale de l'Etat (PGE).

Ainsi, sur la base de l'expérience pilote conduite depuis juin 2018 dans le district de santé de Vatondry qui a été choisi comme district pilote de la mise en œuvre de la CSU à Madagascar, où une antenne de la Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé (CNSS) était mise en place, un mécanisme de protection financière en santé a été financé et mis en œuvre dans le district de l'île de Sainte Marie.

Une étude de faisabilité a été conduite en 2019 avant la mise en œuvre proprement dite du Projet. Elle a permis d'identifier les différents facteurs pouvant influencer la mise en œuvre de la stratégie.

Le projet pilote de mise en œuvre de la CSU sur l'île de Sainte Marie a démarré en 2020 à travers un portage double entre le bureau OMS de Madagascar et l'ONG française GRET.

L'OMS assure la gestion financière des activités gérées avec le Ministère de la Santé Publique représenté par la Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CACSU) à travers les deux Formulaires d'Accord de Contribution (FAC) signés le 24 novembre 2020 et le 21 juin 2023 qui s'inscrivent dans l'Accord Cadre entre l'OMS et la Principauté de Monaco.

Le GRET assure le volet « Observatoire citoyen » à travers une Convention de Partenariat et de Financement signée le 26 octobre 2020, ainsi que les activités liées au mécanisme de motivation du personnel de santé.

Suite au changement stratégique de l'Etat malgache concernant la CSU, un premier Avenant à la Convention de Partenariat et de Financement signée le 26 octobre 2020 a été signé le 26 septembre 2023 afin de/d' :

- intégrer l'ONG AFaFi en tant que partenaire opérationnel de la mise en œuvre du volet protection sociale ;
- prolonger la durée de mise en œuvre du projet jusqu'à fin mars 2024 ;
- allouer des financements complémentaires au GRET et à AFaFi afin de poursuivre leurs activités.

Les délais de mise en œuvre induits au cours du projet et le décalage d'utilisation des fonds entre l'OMS, d'un côté, et GRET et AFaFi de l'autre, ont nécessité de prolonger la durée du projet afin de pouvoir atteindre les objectifs fixés. Ainsi un deuxième Avenant a été signé le 7 mai 2024 pour permettre aux deux partenaires opérationnels GRET et AFaFi de poursuivre leurs activités, en parallèle des activités mises en œuvre par l'OMS et la CACSU. Cet Avenant concerne deux modifications :

- prolonger la durée de mise en œuvre du projet d'un an jusqu'au 31 mars 2025 ;
- allouer un financement complémentaire au GRET et à AFaFi afin de poursuivre et finaliser leurs activités.

Concernant l'OMS, un Avenant est en cours de signature pour prolonger les activités jusqu'à mai 2025 et assurer un financement complémentaire.

Par ailleurs, le Gouvernement de la Principauté de Monaco entend renouveler son appui pour 2 années (2025 et 2026) sur la base des recommandations qui seront émises par cette évaluation externe.

Durant cette phase pilote, différents rapports intermédiaires ont été établis afin de suivre les progrès dans la réalisation des activités et suivant les indicateurs décrits dans les termes de référence du Projet.

L'ensemble des documents précités sont disponibles en annexe II.

Dans le but de contribuer à l'atteinte des objectifs de la couverture santé universelle sur l'île de Sainte Marie, les approches d'interventions proposées dans le cadre du projet visent principalement à :

- ✓ Protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé y compris la population vulnérable ;
- ✓ Améliorer la disponibilité effective des services de santé de qualité ;
- ✓ Réduire l'exposition de la population au risque ayant une incidence sur la santé de la population ;
- ✓ Mettre en œuvre un observatoire citoyen de la mise en œuvre effective de la CSU.

### III- L'ÉVALUATION

#### **A - Origine de la demande**

L'évaluation intervient au bout de 4 ans de mise en œuvre du projet, et avant une reconduction sur 2 années envisagée par toutes les parties.

Cette évaluation finale devrait permettre de mesurer i) l'efficacité du projet dans l'atteinte de ses objectifs initiaux, ii) son efficience par rapport aux ressources engagées et aux bénéfices sanitaires pour la population cible, iii) son impact sur la population générale de l'île en termes d'accès aux services et protection contre les dépenses catastrophiques de santé.

#### **B. Délimitation de l'action à évaluer**

La période à évaluer s'étend du 24/11/2020 au 31/10/2024.

Il s'agira d'évaluer l'ensemble des activités prévues par les différents accords et avenants pour mesurer les résultats obtenus et émettre des recommandations.

Le périmètre géographique de la convention est Madagascar, plus spécifiquement l'île de Sainte Marie.

## **C- Objectifs de l'évaluation de fin de projet**

Les objectifs de cette évaluation sont de/d' :

- apprécier globalement et de manière objective et indépendante les résultats du projet en s'attachant plus particulièrement à l'impact des actions menées par rapport aux objectifs visés,
- préparer une poursuite du projet en lien avec les recommandations stratégiques du Ministère de la Santé Publique,
- tirer les principaux enseignements de l'intervention et formuler des recommandations pratiques qui pourraient être mises en place.

Et plus spécifiquement :

- Analyser la stratégie d'intervention et la coordination des acteurs,
- Analyser la mise en œuvre des activités par rapport aux résultats attendus du cadre logique,
- Analyser la contribution du projet à l'amélioration des dépenses de santé, de l'accès aux soins et la qualité des services pour la population de l'île (incluant les groupes particuliers ciblés : femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes âgées),
- Apprécier la performance du projet, notamment le degré d'atteinte des résultats fixés
- Analyser la manière avec laquelle ces résultats ont été atteints
- Mesurer les changements opérés pour l'ensemble des bénéficiaires (population, acteurs de santé) selon une approche communautaire, intégrant une vision interne et externe de chaque type de bénéficiaire ;
- Fournir des informations crédibles et utiles permettant d'intégrer les leçons d'expérience dans le processus de décision ;
- Apprécier le caractère catalytique, la sensibilité au temps, la tolérance aux risques et l'innovation des interventions du projet.

Elle veillera également à inscrire l'exercice évaluatif dans une logique de processus d'apprentissage et de changement au niveau du projet, tenant compte du contexte stratégique actuel.

## **D- Critères d'évaluation**

L'évaluation sera basée sur les 5 critères standards définis par le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE : la pertinence et la cohérence, l'efficacité, l'efficience, l'équité, l'impact et la durabilité/viabilité avec un accent prioritaire sur la pertinence/cohérence, l'impact et la viabilité afin de déterminer dans quelle mesure le Projet contribue à la réduction des inégalités en matière de santé à travers :

- la couverture sanitaire de la population cible,
- l'amélioration de l'accès aux services de santé,
- la réduction des dépenses de santé pour les ménages bénéficiaires et le renforcement de la sécurité financière des populations.

Il s'agira pour le cabinet de consultance de déterminer dans quelle mesure le projet atteint ses objectifs et s'il est en mesure de fournir les résultats escomptés qui sous-tendent sa mise en œuvre à travers quatre grands volets, correspondant aux volets (ou OS) couverts par le Projet : i) le mécanisme de

protection financière mis en place (couverture, fonctionnement et impact financier), ii) l'accès aux services de santé et la qualité des soins, iii) l'appropriation des populations et du système de santé iv) la mise en place de l'Observatoire Citoyen .

#### 1. La pertinence

La pertinence du projet consiste à vérifier l'adaptabilité des idées du projet à la réalité locale et sa capacité à répondre aux besoins prioritaires ressentis par les bénéficiaires ciblés.

#### 2. La cohérence

La cohérence de l'intervention (qui sera appréciée aussi bien en interne qu'en externe), permet d'analyser l'alignement avec les caractéristiques sociales, géographiques, économiques, culturelles et administratives du milieu ainsi qu'à sa conformité aux politiques et stratégies de développement au niveau local, national et global.

#### 3. L'efficacité et adaptabilité

L'efficacité est la mesure selon laquelle les objectifs ont été atteints, c'est le niveau de réalisation des résultats (produits ou effets) escomptés d'une initiative donnée ou la mesure des progrès réalisés pour l'atteinte des produits ou effets.

#### 4. L'Effizienz

L'effizienz mesure la manière avec laquelle les ressources déployées ou apports (tels que les fonds, la compétence et le temps) sont converties en résultats de façon économe.

Évaluez si le projet a utilisé efficacement les ressources disponibles (financières, humaines, matérielles). Cela peut inclure l'analyse des coûts par bénéficiaire et la comparaison avec d'autres projets similaires.

#### 5. La durabilité/l'appropriation locale

La durabilité mesure la continuité des bénéfices résultant des initiatives après la fin de l'intervention, c'est-à-dire la probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long-terme. Il s'agit d'identifier les mécanismes de pérennisation qui auront été mis en place pour assurer la pérennité des bénéfices et des systèmes renforcés par la mise en œuvre du projet.

### **E- Questions évaluatives en lien avec les Objectifs spécifiques du Projet et ses quatre piliers**

Cf. Annexe I

### **F - Gestion et conduite de l'évaluation**

L'évaluation sera gérée par la Direction de la Coopération Internationale (DCI) de Monaco qui établira un groupe de référence constitué de/d' :

- Un membre de la CACSU
- Un membre de l'OMS
- Le Chef de projet du Gret
- La Responsable de projets/expertise du Gret (Siège)
- Un membre de AFAFI
- La Coordinatrice Pays et la Responsable programmes de la DCI
- La référente Santé de la DCI

Le groupe de référence aura pour tâches principales de/d' :

- veiller à ce que le/les consultants aient accès à toute l'information et la documentation utiles concernant le projet,
- examiner et commenter les notes et les livrables présentés par le/les consultants,
- décider de la diffusion des constatations, conclusions, enseignements tirés et recommandations résultant de l'évaluation.

## **G - Méthodologie de l'évaluation**

### **1- Principes méthodologiques**

#### **Portée de l'évaluation**

L'évaluation portera sur la période de mise en œuvre du projet (24/11/2020 au 31/10/2024) et se déroulera de façon participative en accordant une place importante aux différents acteurs : équipes projet, partenaires et bénéficiaires. Elle sera focalisée sur les produits et résultats attendus et sur les parties prenantes notamment le Ministère de la santé publique, la préfecture, la commune et les fokontany, les associations locales, et ceci dans le but de pouvoir mesurer les changements observés auprès des cibles ainsi qu'au niveau des institutions suites à la mise en œuvre de ce projet.

- a. Type d'évaluation :** Evaluation post intervention de type mixte combinant une approche quantitative et qualitative de collecte de données.
- b. Type d'Echantillonnage :** Echantillonnage aléatoire et systématique auprès des ménages et des bénéficiaires vus en consultations, des parties prenantes et gestionnaires de la mutuelle de santé.

En se basant sur les documents, données et résultats d'enquêtes disponibles au moment de l'évaluation, les consultants procéderont à :

#### **La Collecte de données quantitatives :**

- Une revue des documents pertinents sur la mise en œuvre du projet
- Revue des données sur le nombre de consultations médicales, la disponibilité des médicaments, les temps d'attente, etc. disponibles auprès de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP)
- Des enquêtes quantitatives auprès des ménages et des patients au sortir des services de consultation dans les CSB et CHRD pour compléter et approfondir la revue des données existantes.
- Revue des données administratives de la mutuelle AFAFI

### **La Collecte des données qualitatives**

- Revue des enquêtes précédemment réalisées par les parties prenantes (GRET et AFAFI notamment) pour mieux cibler l'enquête d'évaluation.
- Focus groupes/ Entretiens/enquêtes pour évaluer la satisfaction des bénéficiaires du projet :
  - ✓ les ménages affiliés par le projet et affiliés volontaires par rapport à l'accès aux soins, la qualité des services et la protection financière apportée par AFAFI
  - ✓ le personnel des 10 CSB, le personnel CHRD et le personnel de supervision/coordination au niveau du système de santé par rapport notamment à la qualité des services, la facilité d'accès, la gestion du processus de remboursement des frais de santé et les améliorations induites par le projet.
  - ✓ les partenaires opérationnels et financiers
  - ✓ les autorités locales

### **L'Analyse des indicateurs :**

- Comparez les données collectées avec les objectifs initiaux du projet.
- Évaluez si le Projet CSU a amélioré l'accès aux soins pour les bénéficiaires, notamment les groupes particuliers.
- Analysez les disparités entre les groupes vulnérables et la population générale.

#### **c. Analyse des coûts :**

- Évaluez les coûts liés à la mise en place de la CSU (financement, administration, etc.).
- Comparez ces coûts avec les avantages en termes d'accès aux soins.

#### **d. Équité :**

- Évaluez si la CSU a réduit les inégalités d'accès aux soins entre les groupes vulnérables et la population générale.

### **H - Phasage proposé de l'évaluation**

Une fois le consultant engagé, sous contrat avec la Direction de la Coopération Internationale de Monaco, le processus d'évaluation se déroulera en quatre phases : documentaire, terrain, synthèse, restitutions.

## **Phase documentaire**

Sur la base des informations recueillies, le consultant devra :

- Procéder à un examen systématique des documents utiles fournis par toutes les parties prenantes (voir liste des documents en annexe I),
- Rechercher toute autre documentation pertinente,
- Ajuster le plan de travail présenté dans l'offre technique à l'occasion de la réunion de démarrage avec le groupe de référence et suite à la lecture des documents (méthode, calendrier des phases de terrain et de synthèse, grilles d'entretiens pour la phase terrain ...)
- En lien avec les équipes terrain, finalisation du programme de la phase terrain.
- Avant le démarrage de la phase terrain, animer un Atelier (format hybride) de présentation et de validation de la note méthodologique de l'évaluation du projet.

## **Phase de terrain**

- Après validation de la méthodologie : mener des rencontres individuelles et/ou groupées avec les principales parties prenantes directes du projet.
- Visiter les 10 CSB (ou au moins un échantillon représentatif), le CHRD2, l'observatoire citoyen, la chambre froide.
- Assister en observateur à des activités clés en lien avec le Projet afin de mieux les cerner.
- Organiser une restitution à chaud des premières conclusions avec l'ensemble des acteurs impliqués à Ste Marie. Cette étape doit permettre de mettre en débat les premières conclusions. L'objectif est à la fois (i) d'améliorer la qualité des analyses et conclusions et (ii) de partager ces conclusions largement auprès des acteurs de la mise en œuvre.

## **Phase d'analyse et de synthèse**

Cette phase est principalement consacrée à l'élaboration du rapport provisoire. L'ensemble des informations collectées lors des phases documentaire et terrain seront exploitées pour répondre aux attentes de l'évaluation.

Le consultant devra veiller à ce que ses appréciations soient objectives et équilibrées, ses affirmations exactes et vérifiables et ses recommandations réalistes.

Un rapport provisoire sera adressé au groupe de référence qui pourra apporter ses observations

## **Phase de restitution**

Une fois le rapport provisoire validé :

- Animer :
  - ✓ Un Atelier de partage des résultats de l'évaluation finale du projet aux parties prenantes à Sainte Marie.
  - ✓ Un atelier de partage des résultats de l'évaluation finale du projet à Tananarive (portée plus politique/partage d'expérience/réflexion stratégique/plaidoyer).

*NB : l'organisation des 3 ateliers (validation de la méthodologie, présentation des résultats à Sainte Marie et partage des résultats/expérience à Antananarivo) et les couts liés seront pris en charge par le GRET et AFAFI. Seuls les honoraires et les frais de déplacement du ou des consultants devront apparaître dans la proposition budgétaire globale du consultant.*

#### IV - SYNTHÈSE DES LIVRABLES

Phase	Livrables	Échéances (estimation)
<b>Documentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de travail (réunion de démarrage)</li> <li>- Atelier de validation de la méthodologie</li> </ul>	<p>21 octobre</p> <p>10 novembre</p>
<b>Terrain</b> <i>Démarrage au plus tard le 15 novembre</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comptes rendus des rencontres individuelles et/ou groupées avec les parties prenantes</li> <li>- Comptes rendus des visites et d'observation des activités</li> </ul>	Au plus tard 50 jours après le démarrage de la mission estimée à 45 jours/homme
<b>Analyse et synthèse</b>  <b>Ateliers de Restitution</b>	<p>Rapport provisoire</p> <p>Rapport final</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier de présentation du rapport final à Ste Marie</li> <li>- Atelier de présentation du rapport final à Tananarive</li> </ul>	<p>Au plus tard 10 jours ouvrés après la fin de la phase de terrain. Le groupe de référence aura 10 jours pour apporter ses observations</p> <p>Au plus tard 5 jours ouvrés après la réception des observations du groupe de référence</p> <p>Au plus tard 10 jours ouvrés après la formulation des commentaires du groupe de référence.</p> <p>Au plus tard 10 jours ouvrés après l'atelier à Ste Marie</p>

Tous les livrables devront être rédigés en français.

Ils seront transmis par courriel au groupe de référence.

- Un membre de la CACSU : NOELIARISOA Eulalie, noeliarisoae@gmail.com
- Un membre de l'OMS : RABARIJAONA Henintsoa, rabarijaonah@who.int
- Deux membres du GRET : RAZAKAHARIVONY Jean Sandro, razakaharivony.mg@gret.org, Christiane RAKOTOMALALA, rakotomalala@gret.org
- Un membre de AFAFI : RAZAFINJATOVO Felaniaina, afafi.dir1@gmail.com
- Trois membres de la DCI : Natacha TANG (Coordinatrice Pays basée à Tana), ntang.ext@dc.gouvernement.mc, Candice MANUELLO (Responsable Programmes basée au siège), cmanuello@gouv.mc, Myriam Landau (Référénte Santé basée au siège): mylandau@gouv.mc

### **Rapport d'évaluation**

Le rapport ne devra pas dépasser 50 pages hors Annexes et devra comporter :

- Une synthèse de 2 à 4 pages maximum reprenant les principaux résultats et recommandations issues de l'évaluation.
- Compiler toutes les données et les résultats dans le rapport d'évaluation,
- Présenter des recommandations pour améliorer la CSU si nécessaire.

### **Leçons apprises et recommandations**

- L'ensemble de ces axes d'analyse devra permettre de faire des propositions concrètes pour la mise en œuvre d'une deuxième phase du projet.
- Il s'agira de proposer une série de recommandations à la fois d'ordre stratégique et opérationnel sur les thèmes évalués.
- L'analyse devra également tirer les enseignements principaux de l'intervention en matière d'organisation et d'apprentissages collectifs

### **V - PROFIL ET QUALIFICATION DES CONSULTANTS**

Les compétences requises pour réaliser cette évaluation sont les suivantes :

- Solide expérience en conduite d'évaluation du système de santé (résumé du document de réalisations et 2 références à joindre à la demande de candidature)
- Diplôme en santé publique et/ou économie de la santé souhaité,
- Bonne connaissance des stratégies de mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle, du rôle d'un observatoire citoyen et du fonctionnement des mutuelles de santé
- Maîtrise des principes et des méthodes de travail de la gestion du cycle de projet,

- Expérience en matière d'évaluation de projets de coopération au développement (au moins 5 évaluations menées),
- Connaissance du système de santé malagasy, expérience d'au moins 10 ans dans le domaine de la santé et auprès de différents types d'acteurs souhaitée,
- Apte à se déplacer dans les fokontany.
- Maîtrise opérationnelle du français et du malgache,
- Excellente capacité rédactionnelle et analytique,

#### **H. DUREE DE L'ÉVALUATION**

La prestation totale pour la réalisation de cette évaluation est estimée à 45 jours-homme.

La prestation débutera après signature du contrat entre le consultant et la DCI. La période d'évaluation est prévue pour 2024 et 2025 avec un démarrage souhaité en novembre 2024 et une validation du rapport final au 1<sup>er</sup> trimestre 2025.

#### **I - DOCUMENTS A PRESENTER PAR LE SOUMISSIONNAIRE**

Le consultant doit fournir les éléments suivants :

- Une offre technique comprenant :
  - Une note de présentation de la méthodologie utilisée (5 pages maximum)
  - Les références et expériences du consultant (10 pages maximum)
  - La constitution de l'équipe et les CV proposés et s'il y a lieu la répartition des responsabilités entre ses membres,
  - Une estimation des charges en jour/homme
  - Le calendrier prévisionnel d'intervention
- Une offre financière ne dépassant pas 20.000 euros toutes charges comprises, incluant : le budget global (Hors Taxe et TTC) et un budget détaillé (honoraires, indemnités journalières, déplacements...). *NB. Pour les ateliers, seuls les honoraires et les frais de déplacement du consultant sont à budgétiser*

Les offres sont à envoyer au plus tard le 07/10/2024 à :

[cmanuello@gouv.mc](mailto:cmanuello@gouv.mc)

[mylandau@gouv.mc](mailto:mylandau@gouv.mc)

[ntang.ext@dcg.gouvernement.mc](mailto:ntang.ext@dcg.gouvernement.mc)

## ANNEXE 1 – QUESTIONS EVALUATIVES PAR OBJECTIF SPECIFIQUE

Cette annexe a été constituée par l'ensemble des parties prenantes et pourra servir de guide au prestataire pour identifier les priorités évaluatives de chacune des parties prenantes. La liste n'est pas exhaustive, ni dans un sens, ni dans l'autre.

### OS1 : Mettre en place un mécanisme de protection financière en santé au niveau du district sanitaire de l'île Sainte Marie selon la stratégie nationale de CSU.

- Quel a été l'impact du mécanisme de protection financière sur l'accès aux services de santé pour les populations ciblées ?
- Dans quelle mesure le mécanisme a-t-il contribué à réduire les dépenses catastrophiques de santé et les paiements de poche (out-of-pocket expenditure) excessifs ?
- Quels sont les changements observés dans les comportements de recherche de soins de santé des bénéficiaires du mécanisme ?
- Comment le mécanisme a-t-il influencé l'équité dans l'accès aux services de santé entre les différents groupes de population ?
- Quels sont les défis rencontrés dans la mise en œuvre du mécanisme et quelles sont les stratégies adoptées pour les surmonter ?
- Quelle est la perception des bénéficiaires, des prestataires de soins de santé et des autres parties prenantes concernant l'efficacité et l'impact du mécanisme ?
- Quelles sont les perceptions des dépenses de santé par la population avant et après la mise en place du mécanisme de protection financière ?
- Comment le mécanisme pourrait-il être amélioré pour mieux répondre aux besoins des populations et renforcer sa durabilité à long terme ?
- Quels indicateurs de performance ont été atteints et dans quelle mesure le mécanisme a-t-il contribué à l'atteinte des objectifs fixés (comparer avec les indicateurs de Baseline ou à défaut proxy-indicateurs en se référant au cadre logique et indicateurs de performance du projet ?
  - o Taux d'enrôlement des différentes catégories de bénéficiaires :
  - o Taux d'inclusion des différents groupes dans la population.
  - o Taux d'enrôlement des employés du secteur structuré
  - o Taux d'enrôlement des travailleurs du secteur informel :
  - o Taux d'inclusion des Démunis (3/4 de la population du secteur informel)

**Résultat attendu 1.1** : la population et les parties prenantes sont informées et prêtes à s'engager dans le mécanisme de la CSU

#### Questions d'évaluation :

- Quel pourcentage de la population cible de Sainte Marie est au courant du mécanisme de protection financière en santé et des paquets de soins essentiels couverts ?
- Quelle proportion des parties prenantes a manifesté son engagement en participant activement au mécanisme de protection financière en santé, notamment en mettant en place

ou en finançant des mécanismes de protection en faveur de la population bénéficiaire ? en adhérant au mécanisme de protection financière ?

- Quel est le rôle des CSB dans l'information des populations à adhérer au mécanisme de protection financière ?
- Comment les populations ont-elles eu accès à l'information sur le mécanisme de protection financière en santé ? En particulier, quels sont les canaux de communication par lesquels l'information a été donnée à la population afin de susciter leur adhésion ?
- Dans quelle mesure les activités de communication sur la protection sociale ( VAD (Visite à Domicile) et le Dialogue communautaire) ont-elles eu un impact sur l'adhésion de la population et sur le renouvellement de l'adhésion au mécanisme de protection financière ? Quels autres mécanismes ont contribué à l'adhésion des populations ?
- Quelles sont les principales barrières à l'enrôlement des populations dans le mécanisme de protection financière proposé dans le cadre du projet ?
- Quel est le rôle de la dotation CSB par rapport à la CSU à Sainte Marie ? Sinon quels sont les facteurs qui n'ont pas permis à la dotation CSB d'être fonctionnelle pour les formations sanitaires ?

**Résultat attendu 1.2:** les personnes vulnérables sont identifiées et le mécanisme d'affiliation est fonctionnel pour la prise en charge de leur cotisation.

**Questions d'évaluation :**

- Depuis l'évaluation de 2019, y-a-t-il eu un autre mécanisme de protection financière sur l'île de Ste Marie ?
- Le mécanisme d'affiliation au système de protection financière est-il opérationnel à ce jour en termes d'enrôlement de nouveaux adhérents et offre de prestations de soins essentiels aux adhérents ?
- Quels sont les obstacles à l'affiliation de nouveaux membres et les solutions mises en place pour les surmonter ?
- Dans quelle mesure la cotisation des affiliés vulnérables (payée par le projet) couvre-t-elle les dépenses de santé prises en charge par la mutuelle de santé AFAFI ?
- Dans quelle mesure le système d'affiliation des personnes vulnérables (sélection, identification, enrôlement, suivi et mise à jour de la liste) permet-il de couvrir les dépenses de santé prises en charge par la mutuelle de santé AFAFI ?
- Dans quelle mesure le système d'affiliation est-il opérationnel à ce jour et de quelle manière est-il efficace ?

**Résultat attendu 1.3 :** le mécanisme de protection financière est fonctionnel et le nombre d'assurés progresse de 15% chaque année d'ici 2022.

**Questions d'évaluation :**

- Quel est l'accès aux services de santé pour les personnes couvertes par les mécanismes de protection ?
- Quel est le taux de croissance annuel du nombre d'assurés entre 2020 et 2023, pour les affiliés vulnérables, pour les affiliés volontaires et pour l'ensemble ?
- Quel est le taux d'adhésion volontaire ?

- Est-ce que la cotisation des volontaires a couvert les dépenses de santé prises en charge par la mutuelle de santé AFAFI ? Quel est le niveau de satisfaction des utilisateurs du système de protection financière ?
- Quels sont les obstacles liés à l'adhésion des populations au système de protection financière ?
- Quelle est la qualité du service offert dans le cadre du mécanisme de protection financière ?
- Quelle est la qualité des services perçus par les adhérents du système de protection financière en santé (bien distinguer les services de santé de la prise en charge par AFAFI) ?
- Dans quelle mesure les personnes couvertes accèdent-elles concrètement aux services de santé (Taux d'utilisation du mécanisme, taux de fréquentation des CSB / Hôpital, taux d'utilisation des services sociaux de la mutuelle)
- Sortir et analyser la comparaison des taux d'utilisation des services par les vulnérables et par les volontaires et aussi par la 3ème catégorie (ceux qui ne sont pas affiliés ni vulnérables ni volontaires).
- Analyser la tendance du taux de fréquentation des centres de santé et CHR2 avant et durant la mise en place du mécanisme de protection financière, en tenant compte du début de l'affiliation des vulnérables et du début des adhésions volontaires
- Est-ce que la contractualisation avec AFAFI pourrait permettre de constater et de calquer la mise en œuvre d'une mutuelle de santé dans un autre district ? Comment se ferait ce transfert de compétence ? / Dans quelle mesure le mécanisme utilisé (mutuelle) pourrait-il être répliqué à d'autres districts ?
- Est-ce que le fonctionnement entre le CHR2, les CSB et AFAFI est opérationnel ? Quels points pourraient être améliorés que ce soit pour les structures sanitaires ou pour AFAFI ?

## **OS2 : Améliorer la disponibilité effective en services de santé de qualité.**

**Résultat attendu 2.1** : les formations sanitaires sont mises aux normes en respectant les standards de qualité (RH, matériels, infrastructures, etc.)

### **Questions d'évaluation :**

- Quelle est l'évolution des effectifs des ressources humaines en santé entre 2020 et 2024 ? du fait de la mise en œuvre du système de protection financière en santé ?
- Taux de normalisation des formations sanitaires ?
- Nombre de formations sanitaires dotées en équipement et répondant aux normes ?
- Par quels moyens les infrastructures ont été traitées pour atteindre les normes ? Quels sont les obstacles à cette mise aux normes des infrastructures ?
- Dans quelles mesures le suivi de la mise aux normes des formations sanitaires est-il efficace ? Comment s'est effectuée la dotation des équipements et matériels du SDSP ?
- Quelle est l'évolution du nombre d'infrastructures qui répondent aux normes entre 2020 et 2023 ?
- Le personnel est-il suffisamment formé, est-il en mesure d'utiliser tous les équipements fournis par le Projet ;

- Dans quelle mesure l'évolution de la consommation des intrants de santé a-t-il entravé la prise en charge médicale des adhérents à la protection financière ? Comment le projet a fait/fait face à ce problème ? Quelles solutions pourraient être envisagées ?
- ✓ Comment le projet a fait/fait face à la non-disponibilité de certains intrants ?
- ✓ Quels sont les intrants manquants les plus impactant pour une bonne prise en charge des adhérents ?
- ✓ Quels sont les différents facteurs de cette non-disponibilité ?
- ✓ Quelle est l'évolution de la disponibilité/ consommation des intrants ?
- Analyser la disponibilité des intrants et sortir les problèmes entravant cette disponibilité, ceci le long de la chaîne d'approvisionnement jusqu'au bénéficiaire.
- Comment les acteurs ont coordonné les activités de prise en charge de la population (adhérents, affiliés, non adhérents) de manière générale et notamment face à la non-disponibilité de certains intrants à Sainte Marie ?

**Résultat attendu 2.2:** la continuité des soins est assurée

**Questions d'évaluation :**

- Combien de supervisions des formations sanitaires ont été effectuées par le SDSP dans le cadre du projet CSU? Est-ce suffisant ?
- Combien la CACSU a effectué de missions de suivi des formations sanitaires ? Est-ce suffisant ?
- Quel est le niveau de fonctionnalité du système de référence et de contre-référence ?
- Le mécanisme de prise en charge des adhérents référés au niveau supérieur est-il existant et fonctionnel ?
- Comment la prescription des prestataires à tous les niveaux est organisée ?
- Quel est le Nombre de formations sanitaires fonctionnelles selon les heures définies d'ouverture pour assurer les soins aux adhérents du mécanisme de protection financière en santé ? Est-ce suffisant ?

**Résultat attendu 2.3:** une réflexion est conduite pour accompagner les prestataires de soins publics (en priorité les CSB) dans les changements induits par la mise en place de la caisse d'assurance de district et les solutions d'accompagnement sont testées.

*L'expérience du district pilote CSU de Vatmandry confirme qu'il est important de bien préparer les prestataires de soins au passage à un autre mode de facturation avec l'arrivée de l'assurance santé (paiement après remise des factures auprès de la caisse toutes les fins de mois et non plus paiement au moment des soins par le patient) pour qu'il y ait une bonne adhésion du personnel de santé à la CSU. Dans cette perspective, le projet accordera une attention spécifique à cette question avec une volonté d'innovation en la matière et d'adaptation au contexte spécifique de l'île Sainte Marie.*

*À cet effet, un mécanisme de motivation des personnels/acteurs de santé au niveau des CSB basé sur des primes a été développé et financé par une Activité Génératrice de Revenu de la chambre froide (opérationnelle depuis le Mois d'avril 2024)*

### Questions d'évaluation :

- Le mécanisme de motivation du personnel de santé constitue-t-il une réponse adaptée au renforcement de la qualité de l'offre ? (Personnels/acteurs de santé identifiés pertinents, réponses à leurs besoins spécifiques) ? Quelles améliorations pourraient être envisagées ?
- Dans quelle mesure, de quelle manière les différentes cibles du mécanisme de motivation du personnel de santé ont été impliquées dans son élaboration, sa mise en œuvre et à l'atteinte des résultats ? et en quoi cela a-t-il eu un effet sur les personnels de santé ?
- La stratégie de mise en œuvre du mécanisme de motivation a-t-elle connu une adhésion des différentes parties prenantes clés, des laissés pour compte et des pourvoyeurs de droits ?
- L'ensemble des partenaires a-t-il pu apporter leur contribution au projet ?
- Dans quelle mesure les activités liées au mécanisme de motivation du personnel ont-elles permis d'obtenir les résultats escomptés et d'atteindre les objectifs ? Quelles sont les causes de l'obtention et/ou de la non-obtention des résultats escomptés ?
- Dans quelle mesure les objectifs liés au mécanisme de motivation du personnel de santé sont-ils alignés et cohérents aux besoins et à la politique/stratégie de développement sur le plan national et international (ODD) ? Expliquez pourquoi.
- Dans quelle mesure les solutions préconisées sont-elles adaptées aux caractéristiques sociales, géographiques, économiques et culturelles du milieu d'intervention ?
- Les ressources et les stratégies mise en œuvre pour ce mécanisme de motivation du personnel de santé étaient-elles réalistes, appropriées et adéquates pour permettre l'atteinte des résultats attendus ?
- Est-ce que les stratégies de mises en œuvre utilisées pour le mécanisme de motivation du personnel de santé ont été les plus efficaces ?
- Dans quelle mesure les actions sur le mécanisme de motivation du personnel de santé ont-elles été efficaces pour atteindre les résultats décrits dans le cadre logique du projet ? Quels ont été les bénéfices des actions pour les personnes et institutions visées par les interventions, y compris les populations les plus vulnérables, défavorisées et marginalisées ?
- Quelles sont les retombées de l'intervention sur le mécanisme de motivation du personnel de santé (prévues et imprévues, positives et négatives, y compris les effets économiques et effets sur la santé de la population) ?
- Les ressources mises à la disposition pour ce bloc d'activités ont-elles été suffisantes ? Si non quel est le Gap et comment les ressources ont-elles été réparties entre priorités programmatiques pour l'atteinte des résultats ?
- Comment le projet a-t-il assuré le fait que les ressources soient utilisées de la manière la plus économe possible pour atteindre ses résultats ?
- Les structures institutionnelles sont-elles suffisamment adéquates pour permettre une mise en œuvre efficiente du projet ?
- Ce bloc d'activités a-t-il été mis en œuvre de la manière la plus optimale et dans le respect du Chronogramme indiqué ?
- Est-ce qu'une stratégie de durabilité a été développée ou mise en œuvre pour une appropriation et pérennisation des résultats de ce bloc d'activités ? Si oui, laquelle ? Que pourrait-on faire pour renforcer cette stratégie ?
- Les parties prenantes sont-elles motivées et capables de poursuivre les activités du projet par elles-mêmes ? Et est-ce qu'une capacité institutionnelle (mécanismes financiers et économiques, systèmes, structures, personnel, compétence, etc.) existe pour assurer cette continuité une fois que le projet touchera à sa fin ?
- Dans quelle mesure les actions développées ont-elles contribué au renforcement effectif des capacités institutionnelles, organisationnelles, stratégiques et techniques des bénéficiaires ?
- Quel est le degré d'appropriation du projet par les bénéficiaires et quel sera-t-il une fois l'aide extérieure terminée ?
- Dans quelles mesures ce mécanisme pourrait-il être dupliqué sur d'autres zones ? et quels sont les principaux critères pour permettre sa durabilité ?
- Ce bloc d'activités a-t-il été un catalyseur financier ?

- Ce bloc d'activités a-t-il contribué à l'élaboration d'autres interventions ? des ressources provenant d'autres bailleurs ont-elles été mobilisées ?
- Ce bloc d'activités étaient-ils qualifiés de « haut risque » ? Si oui, les risques étaient-ils correctement surveillés et atténués ?
- Dans quelle mesure l'approche du projet était-elle nouvelle ou innovante ? Peut-on tirer des leçons pour éclairer des approches similaires dans le futur ?
- Existe-t-il d'autres mécanismes de motivation pérennes du personnel identifiés et mis en œuvre ?
- Types d'activités génératrices identifiées et mises en œuvre ainsi que le nombre de bénéficiaires de ces AGR ?
- Leçons apprises quant à la mise en œuvre de mécanismes de motivation pour les CSB ont-elles été documentées/Publiées ?

### **OS3 : Réduire l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur leur santé.**

**Résultat attendu 3.1** : la lutte contre le Paludisme et celle contre le VIH / SIDA sont renforcées

#### **Questions d'évaluation :**

Le Projet a-t-il permis de réduire entre 2020 et 2023 :

- L'Incidence du paludisme
- Le Taux de dépistage du VIH/SIDA
- La Prévalence du VIH/SIDA
- Le Taux de traitement ARV des personnes dépistées positifs
- Le Taux d'infection par VIH chez la femme et l'enfant
- Le Taux de disponibilité des médicaments antipaludiques
- Taux de couverture des populations en MII

Quels facteurs pourraient améliorer les taux de dépistage, de traitement et de suivi des patients sur l'île de Sainte Marie ?

### **OS4 : Mettre en place un observatoire citoyen de la mise en œuvre effective de la CSU.**

*Afin d'accorder une place importante au suivi de la satisfaction à la fois des usagers et des prestataires de soins, le projet vise à mettre en place un observatoire citoyen de la mise en place effective de la stratégie CSU. Il est attendu que la mise en place de cet observatoire :*

- *Donne un signal fort pour bâtir la confiance avec la population, le système de santé publique et construire un sentiment de solidarité locale et nationale (la population saura qu'elle peut exprimer son opinion sur la CSU et être entendue, de même pour les prestataires de soins qui pourront exprimer leurs avis au même titre que la population) ;*
- *Permette de développer une approche « orientée changement » sur une base participative. Il est attendu que l'observatoire citoyen contribue activement à une bonne adaptation du système d'assurance santé au contexte local et à son acceptation tout en respectant les grandes lignes nationales de la stratégie CSU. Les problèmes de satisfaction seront étudiés localement et des réponses adaptées aux réalités locales pourront être proposées pour améliorer le système tout en construisant la solidarité nationale.*

*Dans cette perspective, depuis sa mise en place effective au mois de mai 2022, deux dispositifs sont mis en place :*

- *Enquête de suivi de la satisfaction tous les 6 mois auprès de la population, des prestataires de soins publics et des acteurs clefs engagés de l'île et ceux engagés dans la mise en œuvre directe de la CSU, y compris la mutuelle de santé. Après chaque enquête, l'Observatoire Citoyen avec l'appui du Gret analyse les données et met en discussion les résultats via un dialogue multi-acteurs*
- *Et mécanisme de gestion de doléance des usagers, des prestataires de soins publics et de la mutuelle de santé AFAFI.*

### **AUTRES QUESTIONS EVALUATIVES**

- L'observatoire citoyen constitue-t-il une réponse adaptée pour jouer le rôle d'interface entre les parties prenantes notamment les usagers, les formations sanitaires et AFAFI pour établir une relation de confiance et de satisfaction de la démarche CSU (cibles identifiées pertinentes du suivi de la satisfaction) ? Quelles améliorations pourraient être envisagées ?
- Dans quelle mesure et comment les parties prenantes (services d'achat, formations sanitaires et les usagers) ont été impliquées dans son élaboration, sa mise en œuvre et à l'atteinte des résultats ?
- La stratégie de mise en œuvre a-t-elle connu une adhésion des différentes parties prenantes clés des laissés pour compte et des pourvoyeurs de droits ?
- L'ensemble des partenaires ont-ils pu apporter leur contribution au projet ?
- Des résultats satisfaisants sur l'observatoire citoyen ont-ils été atteints par rapport aux objectifs fixés ? Quelles sont les causes de l'obtention et/ou de la non-obtention des résultats escomptés ?
- Dans quelle mesure les objectifs liés à l'observatoire citoyen sont-ils alignés et cohérents aux besoins et à la politique/stratégie de développement sur le plan national et international (ODD) ? Expliquez pourquoi.
- Dans quelle mesure les solutions préconisées sont-elles adaptées aux caractéristiques sociales, géographiques, économiques et culturelles du milieu d'intervention ?
- Dans quelle mesure les activités liées à l'observatoire citoyen a-t-il permis d'obtenir les résultats prévus ?
- Les ressources et les stratégies mises en œuvre pour l'observatoire citoyen étaient-elles réalistes, appropriées et adéquates pour permettre l'atteinte des résultats attendus ?
- Est-ce que les stratégies de mise en œuvre utilisées pour l'observatoire citoyen ont été les plus efficaces ?
- Dans quelles mesure les actions sur l'observatoire citoyen ont-elles été efficaces pour atteindre les résultats décrits dans le cadre logique du projet ? Quels ont été les bénéfices des actions pour les personnes et institutions visées par les interventions, y compris les populations les plus vulnérables, défavorisées et marginalisées ?
- Quelles sont les retombées de l'intervention sur l'observatoire citoyen (prévues et imprévues, positives et négatives, y compris les effets économiques et effets sur la santé de la population ?
- Les ressources mises à la disposition pour ce bloc d'activités ont-elles été suffisantes ? Si non quel est le Gap et comment les ressources ont-elles été réparties entre priorités programmatiques pour l'atteinte des résultats ?
- Les structures institutionnelles sont-elles suffisamment adéquates pour permettre une mise en œuvre efficiente du projet ?
- Comment le projet a-t-il assuré le fait que les ressources soient utilisées de la manière la plus économe possible pour atteindre ses résultats ?
- Ce bloc d'activités a-t-il été mis en œuvre de la manière la plus optimale et dans le respect du Chronogramme indiqué ?

- Est-ce qu'une stratégie de durabilité a été développée ou mise en œuvre pour une appropriation et pérennisation des résultats de ce bloc d'activités ? Si oui, laquelle ? Que pourrait-on faire pour renforcer cette stratégie ?
- Les parties prenantes sont-elles motivées et capables de poursuivre les activités du projet par elles-mêmes ? Et est-ce qu'une capacité institutionnelle (ressources financières et économiques, systèmes, structures, personnel, compétence, etc.) existe pour assurer cette continuité une fois que le projet touchera à sa fin ?
- Dans quelle mesure les actions développées ont-elles contribué au renforcement effectif des capacités institutionnelles, organisationnelles, stratégiques et techniques des bénéficiaires ?
- Quel est le degré d'appropriation du projet par les bénéficiaires et quel sera-t-il une fois l'aide extérieure terminée ?
- Ce bloc d'activités a-t-il été un catalyseur financier ?
- Ce bloc d'activités a-t-il contribué à l'élaboration d'autres interventions ? des ressources provenant d'autres bailleurs ont-elles été mobilisées ?
- Ce bloc d'activités étaient-ils qualifiés de « haut risque » ? Si oui, les risques étaient-ils correctement surveillés et atténués ?

Dans quelle mesure l'approche du projet était-elle nouvelle ou innovante ? Peut-on tirer des leçons pour éclairer des approches similaires dans le futur ?

**Autres questions d'évaluation :**

- L'observatoire citoyen a-t-il été mis en place ?
- Quels sont les statuts qui régissent l'observatoire citoyen ?
- Le mécanisme de fonctionnement de l'observatoire citoyen est-il connu de tous ?
- Nombre des enquêtes de satisfaction menées
- Nombre de leçons apprises disponibles,
- Nombre de recommandations formulées sur la base des leçons apprises.
- Dans quelle mesure l'observatoire citoyen pourrait être mis en place dans les zones d'extension sans projet de soutien ?

**NB :** *les questions évaluatives proposées ne sont pas exhaustives et peuvent être complétées/mises à jour ou regroupées par le consultant sélectionné. Pour chaque critère, il conviendra de proposer des recommandations d'actions SMART (spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et temporellement définies).*

## **Annexe 2 – Liste des documents de base pour la phase documentaire**

- Formulaires d'Accord de contribution en l'OMS et la Principauté de Monaco signés en 2020 et 2023, rapports intermédiaires et finaux relatifs à ces accords
- Avenant en cours de signature entre l'OMS et la Principauté de Monaco pour étendre le projet jusqu'à mai 2025.
- Convention de partenariat et de financement entre Monaco et le GRET signée le 26 octobre 2020, Avenant à la Convention de Partenariat et de Financement du 26 octobre 2020 signé le 26 septembre 2023, rapports intermédiaires et finaux relatifs à ces accords.
- Les rapports d'enquête réalisés par toutes les parties prenantes et les rapports de mission, évaluation ainsi que les comptes-rendus de réunion, notamment celui d'avril 2024 en présence du Représentant de l'OMS.
- Les données de la DRSP

*Note : le consultant doit repérer et obtenir tout autre document dont l'analyse pourrait être utile, à l'occasion de ses entretiens avec les parties prenantes qui sont ou ont été associées à la conception, à la gestion et à la supervision du projet.*