



Lancement et suivi de programmes concrets de développement

44, rue de la Paroisse  
78000 VERSAILLES-FRANCE  
Tél. 01.39.02.38.59  
Fax 01.39.53.11.28  
e-mail : interaide@interaide.org

**Convention-programme : Amélioration durable de la santé des jeunes enfants en zones rurales isolées, à Madagascar, au Malawi, au Mozambique et en Guinée**

Convention n° CZZ3182 01 B

Période de réalisation : janvier 2021 - décembre 2023

## **Termes de référence pour l'évaluation finale**



### **Coordonnées de la personne référente :**

Julie Pontarollo

Email: [julie.pontarollo@interaide.org](mailto:julie.pontarollo@interaide.org)

Tel : 01.39.02.38.59

## Février 2023

### A. DESCRIPTIF DE L'ACTION

#### 1. Fiche descriptive de l'action

<b>ONG</b>	Inter Aide - <a href="http://www.interaide.org">www.interaide.org</a>
<b>Intitulé</b>	Amélioration durable de la santé des jeunes enfants en zones rurales isolées
<b>Lieux</b>	Madagascar - Malawi - Mozambique - Guinée
<b>Type</b>	Convention-programme (Agence Française de Développement)
<b>Thème</b>	Santé materno-infantile, lutte contre les grandes endémies, santé communautaire
<b>Durée</b>	3 ans sur la période de janvier 2021 à décembre 2023
<b>Principaux partenaires</b>	Autorités de santé des pays concernés (Ministère de la Santé, services locaux des zones d'intervention), personnels des centres de santé ciblés, membres des comités de santé villageois, agents de santé communautaires, autorités administratives locales, leaders communautaires
<b>Résumé de l'action</b>	<p>Créée en 1980, Inter Aide (IA) est une organisation humanitaire spécialisée dans la réalisation de programmes de développement, qui vise à ouvrir aux plus démunis un accès au développement. Les programmes répondent à des besoins vitaux précis. A travers ces actions, notre objectif est avant tout de renforcer les capacités des populations les plus défavorisées à améliorer par elles-mêmes leurs conditions de vie. Inter Aide mène à ce jour une cinquantaine de programmes en zone rurale, répartis dans sept pays : Haïti, Ethiopie, Madagascar, Sierra Leone, Malawi, Mozambique et Guinée. Les thématiques abordées sont l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, l'agriculture, la santé communautaire et l'appui aux écoles primaires. Les méthodes et pratiques sont capitalisées et partagées à travers le réseau Pratiques <a href="http://www.interaide.org/pratiques/">www.interaide.org/pratiques/</a>.</p> <p>Dans les zones rurales isolées où Inter Aide intervient, entre et 10 et 20 % des enfants n'atteindront pas l'âge de cinq ans. Les déterminants de cette mortalité sont certaines : un risque infectieux élevé provoquant une proportion importante des décès, une grande pauvreté des familles qui méconnaissent les principales pathologies de l'enfant et les risques liés à la santé de la femme, et enfin un système de santé défaillant. Le programme se concentre sur quelques thématiques essentielles (paludisme, diarrhées, infections respiratoires, planification familiale et santé maternelle) et intervient à deux niveaux : d'un côté les familles sont amenées à améliorer leurs pratiques de prévention et de recours aux soins, et de l'autre les services de santé de proximité sont renforcés, au niveau le plus proche des patients. Cette approche a démontré son efficacité dans l'amélioration de la santé des enfants dans plusieurs contextes : à Madagascar après 20 ans de développement, au Malawi depuis 10 ans, et plus récemment au Mozambique et en Guinée. La pérennisation des dispositifs est au cœur de l'approche proposée.</p> <p>L'objectif global est de <b>contribuer à l'amélioration durable de la situation sanitaire des populations rurales isolées.</b></p> <p>Les objectifs spécifiques et principaux résultats visés sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Améliorer qualitativement et quantitativement l'accès aux soins de base dispensés par des acteurs qualifiés pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Les familles adoptent des conduites appropriées dans la prévention des pathologies dominantes et des risques sanitaires, ainsi que dans la recherche de soins pour la femme et l'enfant.</li> <li>1.2 Les capacités de prise en charge qualifiée précoce sont renforcées.</li> </ol> </li> <li><b>2. Pérenniser les mécanismes d'accroissement de la demande et d'ajustement de l'offre de soins, en les valorisant et en institutionnalisant leur fonctionnement</b></li> </ol>

	2. Les mécanismes mis en place dans l'amélioration et l'augmentation des soins de proximité et dans la sensibilisation des populations sont permanents et reproductibles grâce à la mobilisation des acteurs externes au projet (institutionnels et communautaires).
<b>Groupes cibles</b>	<p><b>Bénéficiaires indirect.e.s sur trois ans :</b>  <b>268 000 familles, soit 1 333 000 personnes</b> vivent dans les zones où les activités de sensibilisation et d'amélioration de l'offre de soin ont lieu.</p> <p><b>Bénéficiaires direct.e.s sur trois ans :</b>  <b>268 000 personnes</b> participent aux sessions de sensibilisation.  <b>242 000 enfants</b> de moins de cinq ans ont accès à des soins de proximité améliorés.  <b>2 000 personnels de santé</b> sont formés et accompagnés.  <b>2 400 membres de comité de santé villageois</b> sont formés et soutenus.</p>

## 2. Zones géographiques couvertes

A **Madagascar**, le programme est déployé au sud-est du pays, dans certains districts des régions Vatovavy-Fitovinany et Atsimo-Atsinanana. Au début de cette phase, il était déployé dans la quasi-totalité des communes des districts de Manakara, Farafangana et Vohipeno. En 2023, l'action a été interrompue à Manakara et lancée dans deux nouveaux districts : Vondrozo et Vangaindrano.

Au **Malawi**, l'action se déroule en région Centre dans le district de Lilongwe, au sein de l'aire de santé de Mitundu, ainsi qu'en région Sud dans le district de Phalombe. Dans ces deux zones d'intervention, ce sont cinq aires de couverture de centres ou postes de santé qui ont été ciblées jusque fin 2022. En 2023, l'action s'étendra à une nouvelle aire de santé à Phalombe, tandis que le programme de Lilongwe se déplacera dans un nouveau district d'intervention, en cours de sélection.

Au **Mozambique**, le programme est développé dans la Province de Nampula au nord du pays. Les districts de Monapo, Momba et Nacala-a-Velha étaient ciblées en début de phase. A Nacala, l'action est désormais finalisée. A Monapo, les activités visaient deux unités sanitaires du poste administratif d'Itoculo (qui correspondent à deux aires de couverture de centre de santé) au niveau communautaire, ainsi que l'ensemble du district pour un appui plus léger. Le déploiement était similaire dans le district de Momba, avec deux unités sanitaires ciblées, l'une dans le poste administratif de Mazua et l'autre dans celui de Chipene. En septembre 2021, des attaques terroristes ont atteint le district de Momba, ce qui a amené à la fermeture de l'action dans cette zone. Un processus de prospection est engagé pour identifier un nouveau district d'intervention plus sûr, soit dans la province de Nampula ou dans celle de Zambezia. L'action à Monapo a également dû être déplacée vers des aires de santé plus au sud, les aires initiales étant désormais en zone rouge.

En **Guinée**, le programme vient d'être lancé. Les visites de prospection avaient permis de sélectionner la Haute-Guinée et la région administrative de Kankan. Un diagnostic précis mené en 2021 a mené à l'identification de deux communes de la Préfecture de Kankan pour le lancement de l'intervention début 2022.

## 3. Axes d'intervention

Il s'agit de la première phase de cette convention-programme.

Le programme vise à **contribuer à l'amélioration durable de la situation sanitaire des populations rurales isolées**. L'engagement du programme réside dans un investissement ciblé sur les principaux problèmes de santé et pour les personnes les plus à risques, afin d'atteindre une nette amélioration sensible à l'échelle de la population. La notion de durabilité est au cœur des activités déployées.

**Objectif spécifique 1 : Améliorer qualitativement et quantitativement l'accès aux soins de base dispensés par des acteurs qualifiés pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes**

Ce premier objectif se divise en deux volets, qu'on peut résumer en un travail sur la **demande de soins** et un autre sur l'**offre de soins**. On entend par travail sur la demande de soins l'ensemble des activités et mécanismes mis en place pour améliorer le comportement des familles vis-à-vis de la santé de l'enfant, et notamment le

recours à une prise en charge adaptée et rapide en cas de maladie. Le travail sur l'offre de soins consiste en un appui pertinent pour le système de soins au niveau le plus proche des familles.

**Résultat attendu 1.1 :** Les familles adoptent des conduites appropriées dans la prévention des pathologies dominantes et des risques sanitaires, ainsi que dans la recherche de soins pour la femme et l'enfant.

Le programme met en œuvre une palette d'activités centrées sur la sensibilisation, l'accès à l'information et la communication concernant les aspects primordiaux en matière de santé infantile. Cette dimension inclut la connaissance et l'utilisation des moyens de prévention, la reconnaissance des symptômes et la conduite à tenir en cas d'épisodes critiques. Les thématiques abordées sont adaptées à chaque contexte. Globalement, le paludisme et les diarrhées constituent le fondement pédagogique et sont intégrés dans tous les contextes, auquel s'ajoute la santé maternelle et reproductive au Malawi et au Mozambique.

Depuis l'origine, les méthodes ont été développées et améliorées dans chaque pays (début des années 90 pour le Malawi et Madagascar, 2004 pour le Mozambique) puisque la communication pour le changement de comportement en milieu rural constitue une base du travail d'Inter Aide depuis sa création.

**Activité 1.1.A :** Sensibiliser et éduquer les communautés sur les principaux problèmes de santé qui touchent les enfants et les mères, promouvoir les principaux moyens de prévention (hygiène de base, assainissement amélioré, utilisation de moustiquaires, planning familial, suivi de la grossesse, etc.) et les bonnes pratiques de recherche de soins en utilisant diverses modalités : formations participatives ludiques et utilisation de média grand public, visites à domicile ciblées, implication de comités de santé villageois, etc.

**Activité 1.1.B :** Réaliser des enquêtes concernant les connaissances et les pratiques des familles, la recherche de soins, ainsi que l'état de santé des enfants (morbidité et mortalité) avant, pendant et après l'intervention

#### **Indicateurs du résultat 1.1 :**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Indicateurs de suivi d'activité      | <ul style="list-style-type: none"><li>- Le nombre de personnes participant à une ou plusieurs sessions de sensibilisation sur trois ans est de 268 000.</li><li>- 2 400 membres de 320 comités de santé villageois sont soutenus sur trois ans (Malawi et Mozambique).</li><li>- 7 200 de latrines améliorées sont construites par les familles avec l'appui du projet (Mozambique).</li></ul>   |
| Indicateurs de résultat et échéances | <ul style="list-style-type: none"><li>- Le taux d'adoption des pratiques recommandées progresse significativement dans chaque zone du projet :<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Proportion des foyers utilisant au moins une moustiquaire dans les villages ciblés/proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire</li><li>▪ Proportion des foyers équipés d'une latrine fonctionnelle observée dans les villages ciblés (Malawi, Mozambique)</li><li>▪ Proportion des foyers pratiquant le lavage des mains dans les villages ciblés (Malawi, Mozambique)</li><li>▪ Proportion des enfants malades amenés en consultation sous 24 heures (Malawi, Mozambique, Guinée)</li><li>▪ Proportion de femmes utilisant une méthode de contraception (Malawi, Mozambique) parmi celles qui ne souhaitent pas d'enfant</li><li>▪ Proportion de femmes qui déclarent avoir été en consultation prénatale, accouché au centre de santé, et été en consultation postnatale (Malawi, Mozambique)</li></ul></li></ul> |

**Résultat attendu 1.2 :** Les capacités de prise en charge qualifiée précoce sont renforcées.

L'action sur l'offre vise à créer ou consolider le dispositif de soins de proximité le plus pertinent selon le contexte (système de soins existant ou théorique et principaux problèmes de santé aboutissant à la mortalité des enfants). L'idée centrale est de rapprocher l'offre de la demande et donc de permettre l'expression de la demande latente, qui ne se manifeste initialement pas auprès des centres de santé. Le programme se concentre donc sur les ASC (Agents de Santé Communautaires), dont les attributions et cadres de travail varient (ASV - agents de santé villageois à Madagascar et en Guinée, ASG - agents de santé gouvernementaux au Malawi et au Mozambique). Pour ces deux derniers pays, le projet cible également l'augmentation et l'amélioration des soins

prodigués au niveau des centres de santé, qui demeurent un vecteur majeur de l'offre de soins (de par l'organisation du système et le type de services ciblés, qui comprennent la santé maternelle et reproductive).

**Activité 1.2.A :** *Soutenir la mise en place, la formation, l'organisation et la supervision des personnels soignants essentiels (agents de santé communautaires et/ou équipe des centres de santé) en favorisant la prise en charge de proximité*

**Activité 1.2.B :** *Fournir un appui matériel et logistique aux pourvoyeurs de soins ciblés (centre ou niveau villageois) afin d'augmenter et améliorer l'offre de soins (appui à l'approvisionnement, donation de matériel, construction ou réhabilitation)*

#### **Indicateurs du résultat 1.2 :**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Indicateurs de suivi d'activité      | - 2 000 personnels de santé soutenus (formation, supervision, financement) par fonction (agents communautaires et équipe des centres)  |
|                                      | - <i>Constructions, réhabilitations et donations réalisées (Malawi, Mozambique)</i>  |
| Indicateurs de résultat et échéances | - Evolution du nombre et proportion des consultations réalisées par niveau (communautaire et centre de santé)  |
|                                      | - <i>Evolution du nombre de jours/mois d'ouverture des services et amélioration qualitative des soins (consultation, médecine préventive et maternité) par niveau (centre au communautaire) (Malawi, Mozambique)</i> |

#### **Objectif spécifique 2 : Pérenniser les mécanismes d'accroissement de la demande et d'ajustement de l'offre de soins, en les valorisant et en institutionnalisant leur fonctionnement**

Le deuxième objectif spécifique est intrinsèquement lié au premier puisqu'il vise à pérenniser les dispositifs ou résultats obtenus dans le cadre du premier objectif spécifique, aussi bien par leur institutionnalisation que par le renforcement structurel d'acteurs de la société civile. Le changement attendu est ainsi une appropriation des actions du premier volet, dans le but de disposer d'un modèle reproductible et pérenne adapté à chaque contexte d'intervention.

**Résultat attendu 2 :** Les mécanismes mis en place dans l'amélioration et l'augmentation des soins de proximité et dans la sensibilisation des populations sont permanents et reproductibles grâce à la mobilisation des acteurs externes au projet (institutionnels et communautaires).

L'objectif de pérennisation est pris en compte dès la conception du programme dans chaque pays. Cela sous-entend une compréhension profonde du contexte institutionnel et sanitaire, et la relation avec les autorités sanitaires les plus décentralisées est donc primordiale dès le lancement de l'action pour assurer des actions cohérentes avec les plans et politiques locaux.

Cependant, cet objectif gagne en priorité dans chaque pays à mesure que le premier objectif spécifique d'amélioration qualitative et quantitative des soins de base est atteint. On comprend donc que ce résultat 2 soit le plus développé à Madagascar, puis au Malawi, et dans une moindre mesure au Mozambique et en Guinée en fonction de l'avancée vers l'objectif 1.

**Activité 2.A :** *Collaborer avec les autorités sanitaires et les impliquer afin de garantir les conditions matérielles (approvisionnement, équipement, infrastructure) et humaines minimales pour la bonne marche des services, au niveau des structures de santé et des agents de santé communautaires*

**Activité 2.B :** *Renforcer les capacités des parties prenantes (personnels de santé à différents niveaux, cadres des services de santé, autorités locales et traditionnelles) pour assurer les activités lancées et leur supervision après le désengagement des équipes du projet*

**Activité 2.C :** *Mener un plaidoyer constant à différents niveaux (local, district ou préfecture, régional et national) pour une implication réelle des parties prenantes dans la mise en place, la supervision ou la reprise des actions menées par le projet*

## Indicateurs du résultat 2 :

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Indicateurs de résultat et échéances | - Nombre et pourcentage de centres de santé pour lesquels des agents de santé communautaires travaillent (selon les objectifs d'ouverture et de consultations locaux) |
|                                      | - Participation des acteurs aux activités de sensibilisation y compris après le retrait des équipes (Malawi et Mozambique)  |

La note d'intention de la convention-programme déposée à l'AFD est disponible sur demande, ainsi que les résumés des évaluations précédentes.

## 4. Antécédents en matière d'évaluation et de suivi-évaluation

Plusieurs évaluations externes ont été réalisées dans le cadre de ce programme et selon les pays :

- Evaluation externe de validation des résultats et des méthodes de mesure réalisée par STEPS Consulting en novembre 2007 à Madagascar
- Evaluation ex-post conduite par l'AFD en 2010 dans le cadre d'une prestation plus large incluant 15 projets à Madagascar
- Evaluation finale de la première phase (2011-2014) du projet multi-pays Inter Aide à Madagascar et au Malawi (mai-juin 2014), Véronique Pomatto
- Evaluation finale de la seconde phase (2014-2017) du projet multi-pays Inter Aide à Madagascar et au Malawi (avril-mai 2017), Xavier Vallès
- Evaluation finale de la troisième phase (2017-2020) du projet multi-pays Inter Aide à Madagascar et au Malawi (novembre 2020-mai 2021), Hubert Barennes
- Evaluation finale de la première phase (2018-2020) du projet mono-pays Inter Aide au Mozambique (novembre 2020-février 2021), Hubert Barennes

Les résumés des évaluations précédentes sont disponibles sur demande.

## B. L'EVALUATION

---

### 1. Contexte et justification de l'évaluation

Il s'agit d'une **évaluation de fin de phase (2021-2023)** de convention-programme financée par l'AFD. C'est la première phase de cette convention-programme, qui a pris la suite de projets mono ou multi-pays également soutenus par l'AFD (depuis 2011 pour Madagascar et le Malawi, depuis 2018 pour le Mozambique). Cette évaluation se base donc sur un historique de programme relativement long et riche en enseignements, et vise à orienter la prochaine phase de la convention-programme qui s'étendra sur la période 2024-2026. On considère donc qu'il s'agit d'une évaluation finale au regard de la phase qui s'achève, mais également d'une évaluation à même d'engager une réflexion au long cours sur les phases suivantes du projet.

Cette évaluation s'appuiera sur des exercices d'évaluation précédemment réalisés en 2014, en 2017 et en 2020-2021, mais se construit sur un modèle légèrement différent. **Au-delà de la validation des résultats obtenus et des recommandations stratégiques attendues, l'évaluation devra également permettre de poser les bases d'une évaluation continue lors de la phase suivante (2024-2026), dont le but sera de renforcer l'expertise d'Inter Aide en matière d'évaluation des pratiques et des résultats associés au programme.**

Les réflexions qui ont abouti à cette proposition s'appuient sur le constat que les évaluations finales des phases précédentes s'avèrent insuffisamment productrices d'effets utiles ou de propositions méthodologiques novatrices, ce qui est somme toute normal dans un cadre géographique aussi vaste et dans un processus avancé d'orientations stratégiques. La concentration d'un tel travail sur une période courte de fin de phase, avec un nombre conséquent de zones et de thématiques à couvrir, contraint à prioriser les attentes de redevabilité davantage qu'à s'inscrire dans une forme de pédagogie. La volonté est donc d'aboutir à considérer l'évaluation, sur la prochaine phase 2024-2026, comme un processus continu, concerté et co-construit tout au

long du programme (de la définition des questions évaluatives à traiter, des indicateurs à collecter et des méthodes de suivi, jusqu'à l'évaluation des effets) en impliquant l'ensemble des équipes projets.

Le curseur de l'évaluation se déplacera donc, pour la phase suivante 2024-2026, vers un objectif d'apprentissage plutôt que de redevabilité. Elle visera non seulement à aider les équipes d'Inter Aide à mieux analyser les effets des actions menées mais également à renforcer les capacités de l'ONG et de ses partenaires dans leurs pratiques. Un élément important de la portée attendue d'une convention-programme concerne le renforcement structurel de l'ONG bénéficiaire : renforcement technique, méthodologique, organisationnel, et également une dimension de diffusion des résultats et d'échanges entre pairs.

**Cette évaluation finale vise donc non seulement à évaluer l'action du programme sur la phase actuelle, mais également à initier ce travail d'accompagnement et à définir les objectifs et modalités d'une évaluation continue sur la prochaine phase de la convention-programme.**

Pour mener à bien cette démarche, il est proposé de faire appel à une équipe d'évaluateur.trice.s externes qui, au travers d'échanges réguliers au siège et sur le terrain, sera chargée de réaliser l'évaluation finale de la phase en cours et de préparer la phase suivante d'évaluation continue sur 3 ans. Leur implication se traduira concrètement par un appui étalé sur 8 mois consécutifs en 2023, **avec pour perspective de poursuivre ce travail sur la phase suivante de 3 ans.**

Par ailleurs, l'état d'avancement et les caractéristiques de la mise en œuvre du programme sont propres à chaque pays d'intervention (antériorité des actions, contextes sanitaires et institutionnels spécifiques) mais de grandes tendances opérationnelles se dégagent selon deux modèles : l'un se concentrant sur la santé de l'enfant à travers la prévention et la prise en charge des maladies principales (paludisme, diarrhées et infections respiratoires) et concernant Madagascar et la Guinée, l'autre intégrant de plus la santé périnatale, modèle mis en place au Malawi et au Mozambique. Au moins 2 pays, représentatifs de chacun des modèles, feront l'objet d'une mission terrain pendant l'évaluation (possiblement Madagascar et le Malawi, pays dans lesquels l'intervention est la plus ancienne). Sur cette base, l'équipe d'évaluation pourra définir l'opérationnalisation de la méthode d'évaluation continue et d'accompagnement à mettre en place durant la prochaine phase, et l'extension à l'ensemble des pays.

Pour information, des approches similaires d'évaluation continue sont en cours au sein d'Inter Aide dans le cadre de deux conventions-programmes sur les thématiques agricoles et eau-hygiène-assainissement, avec des retours d'expérience très positifs (avec le bureau d'étude coopératif TERO d'une part et avec le pS-Eau d'autre part), ce qui nous conforte dans la perspective d'étendre cette méthodologie à la convention-programme santé à partir de 2024. Cependant, le succès de ce type de processus réflexif repose sur la co-construction d'une vision commune entre les deux parties ainsi que sur la (leur) personnalité de(s) évaluateur(trice)s et son (leur) engagement à comprendre les actions menées. C'est pourquoi ce travail est engagé dès l'évaluation finale de cette phase 2021-2023.

## **2. Objectifs de l'évaluation**

Les objectifs généraux de l'évaluation seront donc :

- 1- **De valider les résultats obtenus dans l'amélioration de la santé des jeunes enfants**, selon le cadre logique de la convention-programme.
- 2- **D'évaluer le modèle stratégique mis en place** pour l'atteinte des objectifs en jeu, selon le contexte d'intervention.
- 3- **De définir le cadre d'une évaluation continue sur la prochaine phase**, dans le but d'améliorer la capacité de suivi-évaluation interne à Inter Aide.

L'objectif premier de l'évaluation consiste donc à rendre compte et valider les résultats obtenus sur les différents sites d'action tout en identifiant les principales avancées et les marqueurs de progression enregistrés pendant la phase en cours (2021-2023). Il s'agit d'évaluer les résultats des activités de sensibilisation, et ainsi les impacts sur le changement de comportement et la stimulation de la demande de soins, combinés à ceux de l'action sur l'offre de soins, visant à rapprocher les traitements essentiels et les soins de base des populations rurales, et d'apprécier les efforts mis en place pour la pérennisation des actions.

Le deuxième objectif pourra se construire selon un schéma classique d'évaluation (voir les indicateurs de type Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact, viabilité).

On considère que ces deux premiers objectifs relèvent de la redevabilité, qui est inhérente à une évaluation finale. Le troisième objectif quant à lui est en lien avec les ambitions présentées au paragraphe ci-dessus concernant l'évaluation de la phase suivante (2024-2026).

### **3. Questions évaluatives**

On recense ici les grandes questions de l'évaluation finale, qui concernent l'ensemble des thématiques de la convention-programme. Cette liste exhaustive ne pourra être abordée dans sa totalité au cours de l'évaluation. Il conviendra donc de réaliser un travail de sélection et de ciblage au cours de la phase d'apprentissage et de diagnostic, en concertation entre l'équipe siège et l'équipe d'évaluation, pour aboutir à un consensus dans la note de cadrage.

La liste proposée vise également à induire la réflexion pour l'objectif 3 de l'évaluation, à savoir la définition des modalités de l'évaluation continue sur la phase suivante 2024-2026.

- **Quelles conclusions tirer des méthodes employées dans les activités de changement de comportement (prévention et/ou recherche de soins) au regard des résultats obtenus et de leur contribution à l'impact global ?**  
Les différentes thématiques abordées et méthodes d'animation sélectionnées sont-elles pertinentes, notamment dans des contextes en évolution ? Dans quelle mesure contribuent-elles à l'objectif global du programme ? Peut-on identifier certaines actions à fort potentiel et ainsi simplifier les activités proposées ?
- **Quelles conclusions tirer des méthodes employées dans les activités de renforcement de l'offre de soins au regard des résultats obtenus et de leur contribution à l'impact global ?**  
Les variations d'actions proposées sont-elles pertinentes en fonction du contexte sanitaire et institutionnel ? La distinction entre l'appui visant à augmenter l'accès aux soins et l'appui visant à en améliorer la qualité est-elle justifiée ? Plus spécifiquement, les actions ciblant la qualité des soins, globalement plus récentes et moins abouties, sont-elles pertinentes ? Peut-on identifier certaines actions à fort potentiel et ainsi simplifier les activités proposées ?
- **Les méthodes de mesure d'impact du programme correspondent-elles réellement à l'impact du programme, et ce sur tous les sites d'intervention ?**  
L'utilisation de l'indicateur de mortalité infanto-juvénile est-il pertinent face à l'évolution des contextes (baisse de la mortalité initiale au Malawi par exemple) ? De même, l'indice de consultation est-il représentatif de l'appui du programme dans l'ensemble des contextes (valeur initiale relativement haute au Malawi et Mozambique avant intervention) ? Comment caractériser de manière pertinente l'appui au système de santé de proximité lorsqu'il vise à améliorer la qualité des soins plutôt que la quantité ? Les mesures de pratiques, au niveau communautaire comme au niveau des pourvoyeurs de soins, permettent-elles de conclure sur l'impact du programme ?
- **Les axes de travail sur la pérennisation, s'appuyant fortement sur l'implication d'équipes cadre fonctionnaires au niveau des centres de santé ruraux ou au niveau supérieur (préfecture ou district), dont les limites sont nombreuses et les problèmes structurels, sont-ils réalistes ?**  
L'implication de ces équipes dans l'action est-elle construite de manière cohérente par rapport à nos attentes et à leurs contraintes ? Les efforts de plaidoyer sont-ils suffisants et bien ciblés ? D'autres leviers de durabilité sont-ils suffisamment exploités, notamment au travers des acteurs communautaires ? Le suivi-évaluation de l'objectif de pérennisation est-il pertinent, y compris dans les zones où le programme n'intervient plus ?
- **La question du genre est-elle considérée de manière pertinente dans les différents aspects du programme, sachant qu'Inter Aide est en cours de travail sur cette thématique ?**  
Les contraintes et spécificités des femmes, en tant que bénéficiaires du programme, sont-elles suffisamment comprises et intégrées à la stratégie dans le but d'assurer un impact maximal de l'action ?

Ces mêmes contraintes et spécificités sont-elles prises en compte pour permettre une participation optimale des femmes, qui sont également actrices du programme à différents niveaux ? Quels éléments du programme sont ou peuvent devenir vecteurs de réduction des inégalités homme-femme au sein du programme et donc porteurs d'une visée transformative ?

#### 4. Déroulé et livrables

L'évaluation est envisagée sous la forme suivante :

- **Phase d'apprentissage des pratiques d'Inter Aide et diagnostic initial**, basés sur une étude documentaire (note d'intention et rapports AFD, rapports d'activités terrain, rapports de mission des chef.fe.s de secteurs, données de suivi-évaluation et enquêtes, rapports des évaluations précédentes et globalement tout le système édifié dans le cadre informatif du projet) et sur des entretiens avec le personnel du siège et les responsables de programme sur le terrain, réalisés au siège de Versailles ou en ligne.
- **Réunion de cadrage** permettant de valider les questions évaluatives de cette évaluation finale et les méthodes envisagées.
- **Missions de terrain dans deux pays sur les quatre du programme** d'environ 10 à 15 jours par pays, permettant observation directe d'activité et entretiens avec les différents acteurs du projet (équipes d'Inter Aide, bénéficiaires, autorités locales et institutionnelles, professionnels de santé, acteurs villageois impliqués), avec restitution préliminaire aux équipes locales. Il paraît fondamental que l'équipe d'évaluation favorise l'émergence participative de champs à évaluer en cours de processus, dans la perspective de la phase suivante. On propose à ce stade une visite de Madagascar et du Malawi.
- **Remise du rapport provisoire** incluant la proposition des modalités de l'évaluation continue lors que la phase suivante 2024-2026, puis **restitution avec l'équipe siège** (et préparation de l'atelier participatif).
- **Atelier participatif sur la base de ce rapport avec l'équipe siège et les responsables de programme** : réflexion sur les conclusions de l'évaluation finale, et validation concertée des enjeux et des questions évaluatives pour la phase suivante 2024-2026. Le rôle de l'équipe d'évaluation sera de faciliter la réflexion sur ces hypothèses évaluatives. Il s'agira d'affiner la formulation des indicateurs qui permettront de renseigner les différents champs, en élaborant une ébauche d'échéances et un calendrier opérationnel de manière concertée.
- **Finalisation du rapport**

Les livrables attendus dans le cadre de cette évaluation seront **rédigés en français** (sauf mention contraire) et sont les suivants :

- Une **note de cadrage**, présentée avant le départ sur le terrain, relatara les premières investigations effectuées par l'équipe d'évaluation à partir des lectures documentaires et des entretiens réalisés en France ou à distance. Elle présentera les questions et hypothèses appuyant le travail sur le terrain, ainsi que la méthodologie proposée pour les phases suivantes de l'évaluation.
- Les **supports utilisés pour les restitutions dans chacun des pays** (en anglais au Malawi et en français à Madagascar) et comportant les premiers éléments d'analyse à l'issue des visites terrain seront fournis.
- Un **rapport provisoire**, sera remis à Inter Aide et fera l'objet d'une restitution à Versailles.
- Un **rapport final (40 pages maximum, hors annexes)** faisant suite aux remarques d'Inter Aide lors de la restitution et des échanges lors de l'atelier participatif sera produit. Il comprendra :
  - une **partie principale** incluant :
    - une introduction
    - les réponses aux questions évaluatives articulées dans la note de cadrage et en réponse aux objectifs du paragraphe B2
    - des perspectives et recommandations, avec des propositions concrètes et des propositions stratégiques

- le cadre de l'évaluation continue de la phase 2024-2026 tel que construit lors des échanges successifs et notamment l'atelier participatif, présentant une proposition de questions évaluatives avec des indications sur les modalités potentielles pour y répondre
- un **corps d'annexes** qui reprendra les tableaux et données factuelles nécessaires à une meilleure compréhension de l'information développée dans le rapport principal.
- une **synthèse (10 pages maximum)** du rapport final. Cette synthèse sera rédigée en français ET en anglais.

Les livrables seront remis **en version électronique**. Les droits moraux et patrimoniaux des productions des consultant.e.s appartiendront à Inter Aide.

## C. MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

---

### 1. Profil(s) recherché(s)

Etant donné les spécificités de la démarche, le profil recherché devra allier connaissances fines des problématiques de développement en région tropicale et compétences pédagogiques permettant d'accompagner et de faciliter ce processus d'évaluation et la réflexion pour l'évaluation de la phase suivante. La ou les personnes devra(ont) être disposé.e.s à s'impliquer **de manière régulière sur une durée de 8 mois**.

Les caractéristiques du profil recherché sont les suivantes :

- Professionnel.le de la santé, gestionnaire de projet de santé publique ou économiste de la santé disposant si possible d'une expertise de base en statistiques médicales ou en épidémiologie (formelle ou acquise par l'expérience)
- Expérience antérieure dans le domaine du développement rural : conduite et gestion de projet, conception, suivi et/ou évaluation d'actions de santé
- Compétence éprouvée dans l'analyse des systèmes et institutions de santé
- Expérience en évaluation de projets de développement rural (en continu et ex-post)
- Formation et accompagnement de processus d'évaluation continue
- Connaissance antérieure des pays cibles souhaitable mais non exigée
- Sensibilité aux enjeux de genre
- Accompagnement, formation et renforcement de capacités d'acteurs du développement
- Qualité d'écoute et bonnes capacités relationnelles ainsi qu'une maîtrise de l'anglais

Inter Aide privilégiera l'équipe d'évaluation disposant d'expériences préalables dans les pays d'intervention de la convention-programme, ou au moins intervenant au sein d'une structure familière avec ces contextes. Par ailleurs, un **excellent niveau de français et d'anglais** constitue un prérequis. Inter Aide pourra mettre à disposition des membres d'équipes pour des traductions terrain (langues locales) mais il peut être également possible, voire recommandé, que les évaluateur.rice.s s'adjoignent des services d'évaluateur.rice.s locaux.

**Le choix se fera sur la base d'un appel d'offres international.**

Les propositions des consultants intéressés par la présente évaluation devront inclure :

- Une proposition technique présentant la compréhension des termes de références, des enjeux du processus dans sa globalité ainsi que la méthode d'évaluation proposée
- Une proposition financière, détaillant pour chaque phase le nombre personne/jour de travail envisagé en France avec le siège et sur le terrain
- Le CV de/des évaluateur.rice.s, attestant de la formation, de l'expérience et de l'expertise sur les points requis pour la prestation;
- Des références

**Les critères d'analyse et d'évaluation des offres seront les suivants :**

- Expérience des consultants, connaissance des contextes, maîtrise de l'anglais et expertise sectorielle dans les thématiques requises (35%)

- Compréhension des termes de référence et des enjeux de la commande (30%)
- Qualité et pertinence de la méthode d'évaluation proposée (15%)
- Temps et services d'accompagnement et d'évaluation (HJ) proposés au regard du budget (20%)

## **2. Budget prévu pour l'évaluation**

Le budget maximum du processus d'évaluation est fixé à **un montant total maximum de 45 000 € TTC**.

La TVA est payable dans le pays où le prestataire est établi ; s'il y est assujéti, il doit facturer Inter Aide avec la TVA en faisant apparaître le montant HT et le montant TTC.

Le budget inclura les honoraires, les per diem (pour l'hébergement et la nourriture), les déplacements (internationaux et en France), les frais divers (interprète, restitution/reproduction/diffusion, transports locaux : chauffeur, carburant, entretien du véhicule le cas échéant) et les frais des experts locaux si nécessaire.

Le devis du prestataire comportera donc deux parties conformément à l'annexe 2 :

- 1- **les honoraires**, faisant apparaître la TVA le cas échéant ;
- 2- **une demande de remboursement de frais**, sur présentation de justificatifs.

Les équipes d'Inter Aide dans chaque pays assureront, dans la mesure du possible, l'organisation logistique locale liée au bon déroulement de l'évaluation (prise de rendez-vous, réservations de l'hébergement, facilitation et réservation des transports locaux le cas échéant, etc.).

## **3. Calendrier prévisionnel**

Le calendrier indicatif et prévisionnel de l'évaluation est le suivant :

13 mars 2023	Publication des termes de référence
9 avril 2023	Date limite de réception des offres
15 avril 2023	Analyse des offres et choix des évaluateurs.rices
Avril-mai 2023	Phase d'apprentissage et diagnostic initial
Début juin 2023	Réunion de cadrage et planification
Juin à août 2023	Missions de terrain Madagascar et Malawi
Septembre 2023	Remise du rapport provisoire & restitution
Octobre 2023	Atelier capitalisation et préparation de la phase 2024-2026
Novembre 2023	Remise du rapport définitif

## **D. MODALITES DE CANDIDATURE**

Veillez adresser votre message de manifestation d'intérêt au plus tôt, et votre offre complète **le 9 avril 2023 au plus tard**, à l'adresse [julie.pontarollo@interaide.org](mailto:julie.pontarollo@interaide.org) en précisant l'objet « EVAL/SANTE ».

La note d'intention de la convention-programme déposée à l'AFD est disponible sur demande, ainsi que les résumés des évaluations précédentes.