

TERMES DE RÉFÉRENCE SPÉCIFIQUES

Évaluation des interventions dans le secteur de la Santé (SANTE III & RELSUDE – Fonds Bêkou)

Contrat Cadre SIEA 2018 - LOT 4 Human development and safety net

EuropeAid/138778/DH/SER/multi

POUVOIR ADJUDICATEUR : FONDS FIDUCIAIRE BÊKOU

1	CONTEXTE	2
1.1	CONTEXTE DU PAYS ET DU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	2
1.2	LES INTERVENTIONS À ÉVALUER	5
1.3	PARTIES PRENANTES DE L'INTERVENTION	9
1.4	PRÉCÉDENTS MÉCANISMES DE SUIVIS INTERNES ET EXTERNES, D'ÉVALUATIONS ET AUTRES ÉTUDES ENTREPRISES	9
2	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNÉE	10
2.1	OBJECTIF DE L'ÉVALUATION	11
2.2	SERVICES REQUIS	12
2.3	PHASES DE L'ÉVALUATION ET LIVRABLES REQUIS.....	14
2.4	ORGANISATION DU CONTRAT SPÉCIFIQUE ET MÉTHODOLOGIE (OFFRE TECHNIQUE)	20
2.5	GESTION ET PILOTAGE DE L'ÉVALUATION	22
3	LOGISTIQUE ET CALENDRIER	23
3.1	PLANIFICATION, Y COMPRIS LA PÉRIODE DE NOTIFICATION POUR LA MOBILISATION DE L'ÉQUIPE.....	23
3.2	LOCALISATION	23
3.3	DATE DE DÉBUT ET PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE	23
4	SERVICES REQUIS	23
4.1	EXPERTISE.....	23
4.2	NOMBRE DE JOURS DEMANDÉS PAR CATÉGORIE.....	24
5	LIVRABLES	25
5.1	CONTENU, DATE LIMITES ET FORMAT DE REMISE DES LIVRABLES	25
5.2	NOMBRE DE COPIES DU RAPPORT.....	25
5.3	MISE EN FORME DES RAPPORTS.....	25
6	SUIVI ET ÉVALUATION	25
6.1	CONTENU DES RAPPORTS	25
6.2	COMMENTAIRES SUR LES LIVRABLES	25
6.3	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU RAPPORT FINAL ET DU RÉSUMÉ EXÉCUTIF	26
7	INFORMATIONS PRATIQUES	26
	ANNEXE I : RÉSULTATS ESCOMPTÉS ET PRINCIPALES ACTIVITÉS DES DEUX PROGRAMMES	27
	ANNEXE II : CRITÈRES D'ÉVALUATION	34
	ANNEXE III : INFORMATIONS QUI SERONT FOURNIES À L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION	35
	ANNEXE IV : LA MATRICE D'ÉVALUATION	36
	ANNEXE V : STRUCTURE DES RAPPORTS	38
	ANNEXE VI : CALENDRIER DE PLANIFICATION	42
	ANNEXE VII : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ EVAL	43
	ANNEXE VIII : CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE	47

1 CONTEXTE

1.1 Contexte du pays et du secteur de la santé

1.1.1 Contexte général

La République centrafricaine (RCA) est un pays enclavé d'Afrique centrale, à faible revenu et avec une population estimée à 5.464.907 d'habitants (2020). Le pays a connu une crise politique et humanitaire majeure en 2013, qui a touché une grande partie de la population. Des mois de violence ont provoqué un fort affaiblissement institutionnel, social et économique, ainsi que des clivages communautaires. Un gouvernement de transition a été instauré en 2014, et des élections démocratiques tenues en février 2016 ont porté l'actuel Président Touadéra au pouvoir.

Suite à l'investiture du nouveau gouvernement, le plan national de relèvement et consolidation de la Paix (RCPCA 2017-2021) a été développé visant à encourager plusieurs réformes décisives en faveur de la paix, de la sécurité ou de la reprise économique, dont les objectifs vont de l'amélioration des infrastructures du pays à la fourniture de services essentiels dans les domaines de la santé, de l'assainissement et de l'éducation. Le programme comprend également une stratégie de désarmement, de démobilisation, de réintégration et de rapatriement, une réforme des secteurs de la sécurité et de la justice, ainsi qu'une stratégie visant à faciliter le retour des populations déplacées. Le RCPCA a été prolongé jusqu'en 2023. La stratégie « vision 2050 », qui prendra sa relève, est en cours d'élaboration.

Grâce au RCPCA, le pays a pu mobiliser des financements considérables (95% des besoins estimés sur 3 ans) avec un accroissement important durant le premier semestre 2019 de 1,034 milliards USD à 1.613 milliards USD, certainement largement dû à la signature de l'Accord politique pour la paix et la réconciliation (APPR) entre le gouvernement de la RCA et 14 groupes armés début février 2019.

Les élections présidentielle et législatives de fin 2020 - début 2021, qui ont vu la réélection du Président sortant Touadéra, se sont déroulées dans un contexte de fortes tensions politiques et d'insécurité et de faible contrôle par l'État du territoire national. La contre-offensive contre la coalition de groupes armés a permis de reprendre le contrôle d'une partie du pays mais la situation politique et sécuritaire reste tendue.

La violence entre les groupes armés et contre les civils a contraint des milliers de personnes à fuir. Il s'ensuit qu'un quart de la population est soit déplacée à l'intérieur du pays (environ 632 000 personnes), soit réfugiée dans des pays voisins (environ 738 000 personnes) et en 2022, plus de 60% de la population (soit 3,1 millions de personnes) est toujours dépendante de l'assistance humanitaire.¹

Ce contexte fragile, qui a conduit à un mode de réponse d'urgence et humanitaire par nécessité, rend difficile l'adoption d'une approche stratégique de développement surtout compte tenu des capacités institutionnelles faibles et des crises récurrentes.

Malgré les richesses naturelles, la croissance reste difficile en raison de l'insécurité persistante, de la corruption, du faible contrôle de l'État, et d'une faible gouvernance. L'agriculture de subsistance, ainsi que les ressources forestières, constituent l'épine dorsale de l'économie centrafricaine et le secteur agricole génère la moitié du Produit intérieur brut (PIB) national. Le pays reste fortement dépendant de l'aide extérieure (environ 60 % du budget de l'État) qui finance la presque totalité des investissements.

¹ OCHA, rapport de situation humanitaire, avril 2022 - [Central African Republic | Rapports de situation \(unocha.org\)](https://www.unocha.org/fr/central-african-republic)

Par conséquent, la RCA est l'un des pays les moins avancés du monde et figure aux derniers rangs de l'Indice de développement humain (188^{ème}/189 pays) et l'indice ajusté aux inégalités (IDHI) n'est que de 0,232 (dernier rang) en 2019. Par ailleurs, les inégalités de genre sont importantes avec un indice d'inégalité de genre élevé de 0,688 plaçant le pays à la 159^{ème} place sur 162. Le taux de pauvreté atteint 79,4 %, avec 54,7 % de la population dans une pauvreté extrême. Cette situation s'est aggravée avec l'apparition de la Covid-19 et avec le blocage du principal corridor d'approvisionnement du pays en provenance du Cameroun par les groupes armés, entre décembre 2020 et mars 2021. Malgré un impact sanitaire relativement contenu, la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a eu un impact significatif sur l'économie, avec une perturbation des chaînes de valeur mondiales, une faible demande extérieure et des mesures de confinement nationales qui ont considérablement affecté le commerce, les transports et le tourisme.

En février 2022, le Ministre d'État en charge de l'économie, du plan et de la coopération internationale est devenu Premier Ministre. Malgré ce changement à la primature, il n'y a pas eu d'autres changements au sein du Gouvernement.

1.1.2 Contexte du secteur de la santé

Les troubles militaro-politiques récurrents engendrés par la mauvaise gouvernance, entre autres, ont plongé la RCA dans une crise profonde caractérisée par de l'insécurité généralisée, la paupérisation de la population et la faillite de l'État, entraînant une crise humanitaire loin d'être résolue, avec un déplacement massif de la population, et mettant à rude épreuve la cohésion sociale et la solidarité nationale. De nombreuses infrastructures sanitaires ont subi des destructions et des pillages répétés, obligeant le personnel de santé et les autorités sanitaires locales à quitter les lieux afin de se mettre à l'abri. Cette situation a été à l'origine d'une dégradation de tous les indicateurs de santé, signe de la détérioration des conditions de vie de la population et de la faillite du système sanitaire.

Des acteurs humanitaires soutiennent les centres de santé ou assurent directement la fourniture de soins de base à la population (Médecins sans frontières, les organisations non gouvernementales financées par la Commission et le Fonds Bêkou, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), Fédération internationale des sociétés de la Croix rouge et du Croissant rouge (IFRC) notamment) et la RCA est fortement dépendante de l'aide extérieure à travers les appuis budgétaires et les appuis aux projets et aux programmes. Selon l'OMS, en 2018, 54 USD par personne et par an étaient alloués à la santé en RCA et seules 6% de ces ressources provenaient du gouvernement et 42% de la population. Toujours selon l'OMS, l'allocation budgétaire du gouvernement a diminué entre 2000 et 2018 de près de 15%.

Les niveaux de mortalité et de morbidité restent parmi les plus élevés du monde. On relève notamment une espérance de vie à la naissance de 53,3 ans, une mortalité maternelle de 829 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (UNICEF, 2018), une mortalité des enfants de moins de 5 ans de 99 pour 1 000 nouveau-nés vivants (MICS6 2018-2019), et une des prévalences VIH les plus élevées de l'Afrique sub-saharienne francophone. Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) mis sous médicaments antirétroviraux est d'ailleurs en constante croissance.

Selon l'analyse du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire, 2,36 millions de personnes sont en situation d'insécurité alimentaire aiguë (dont 1 Million en situation d'urgence – IPC 4). Par ailleurs, l'enquête Nutritionnelle SMART de 2018 montre que la République Centrafricaine fait face à des taux inquiétants de malnutrition aiguë sévère (MAS) et chronique chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, sur les 16 préfectures que compte le pays et la ville de Bangui, 10 préfectures ont des taux de MAS au-delà de 2 % qui est un seuil d'urgence selon l'OMS. Pour 2019, on estime à l'échelle nationale que la malnutrition affecte plus d'un enfant sur 3 (37,7%).

La RCA est l'un des pays qui a encore un indice synthétique de fécondité parmi les plus élevés du continent (en moyenne 6,4 enfants par femme) avec un taux de prévalence contraceptif moderne de 14,4% (MICS 2018-2019). En moyenne, approximativement une femme enceinte sur deux accouche en présence d'un personnel

de santé qualifié (42,9 % ; MICS 2018-2019) et une faible proportion d'entre elles reçoit les soins obstétricaux d'urgence de qualité. Selon l'enquête SONU 2020, les centres de santé pouvant assurer les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) ne dépassent pas 3%. La couverture des consultations prénatales (CPN4) et la couverture vaccinale Penta 3 est 41,4% (MICS 2018-2019) et 54% (JRF 2017) respectivement.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de morbidité et de mortalité restent le paludisme, suivi par les infections respiratoires aiguës et les traumatismes physiques. La pandémie de la Covid-19, avec le premier cas enregistré en RCA le 14 mars 2020, aggrave davantage la situation sanitaire déjà précaire dans le pays. La RCA a traversé 3 vagues de l'épidémie, chacune présentant des pics plus élevés que la précédente. En date du 20 mars 2022 sur un total de 87 537 personnes testées, le pays a enregistré 14 344 cas cumulés confirmés de covid-19 avec 113 décès.

Tous ces chiffres reflètent une faible couverture et qualité des services de santé de base. L'enquête SARA/HeRAMS 2019 révèle une faible disponibilité générale des services de santé estimée à 33,7% avec une capacité opérationnelle générale de 50%.

Suite à la crise, le gouvernement avec l'appui des certains PTF (surtout l'OMS, l'UE/Fonds Bêkou et la Banque mondiale/GFF) a entamé la redynamisation de la gouvernance et des systèmes locaux de santé et des soins. L'UE, à travers le fonds Bêkou depuis sa création en 2014, a été un partenaire essentiel dans cette relance efficace des soins de santé de base après la crise avec une augmentation de la couverture progressive (actuellement 35 % de la population) et un transfert de compétence aux acteurs locaux accentué depuis 2018.

L'engagement du gouvernement de la RCA de relancer le système de santé et d'assurer l'accès équitable à la population est inscrit dans le pilier 2 « Renouveler le contrat social entre l'État et la population » du RCPCA. Sous ce pilier, le gouvernement centrafricain axe ses priorités sur (i) le renforcement de la gouvernance, de la planification et du financement du système de santé, (ii) l'amélioration de l'offre des services, (iii) l'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, et (iv) la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Ces priorités, et la longue liste de réformes proposées par le gouvernement, sont toutes pertinentes, mais leur faisabilité est très incertaine étant données la faiblesse du ministère de la santé et l'absence de perspective d'augmentation significative du budget national consacré à la santé.

À l'occasion du processus de consolidation de la paix et de réconciliation nationale matérialisé par la signature de l'Accord de paix du 6 février 2019, le gouvernement centrafricain a renouvelé son engagement de prendre les mesures nécessaires de réformes pour rendre le système de santé plus performant, et pour combler les déficits stratégiques existants. Cette approche est largement reflétée dans les 10 domaines d'impulsion du Président de la RCA, où la santé est reconnue comme un moyen puissant d'atteindre les objectifs de justice sociale et de lutte contre la pauvreté et les inégalités.

Le ministère de la santé et de la population (MSP) s'est lancé dans la consolidation du cadre légal, réglementaire, politique et stratégique du secteur avec l'élaboration du Plan de transition pour le secteur de la santé (PTSS) 2014-2016 suivi par le Plan intérimaire du secteur de la santé (PISS) pour la période 2018-2019, qui fournit le cadre d'orientation et de planification opérationnelle aux acteurs de santé. Le PTSS devait conduire au troisième Plan national de développement sanitaire (PNDS III). L'élaboration du PNDS III a commencé en 2019 après finalisation et validation de la politique nationale de santé 2019-2030 et de la politique nationale de santé communautaire 2019-2030. Cependant, ce processus a été suspendu en raison de la réponse au Covid-19 et est actuellement dans sa phase finale. D'autres textes législatifs et réglementaires ont vu le jour (la loi portant sur les médicaments, les autres produits de santé et l'exercice de la pharmacie ; le décret portant sur la gratuité ciblée des soins aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et allaitantes, aux victimes de violence basée sur le genre avec l'introduction d'une ligne budgétaire pour la gratuité ciblée dans la loi de finance à partir de 2020, etc.).

Au niveau des prestations de soins la mise en place de paquets d'intervention, de protocoles, de normes et directives de soins à chaque niveau de la pyramide sanitaire, la redynamisation des réseaux des relais communautaires pour la détection et la prise en charge précoce et le recrutement et l'intégration des ressources humaines qualifié a porté quelques fruit d'amélioration des prestations.

Le pays possède un plan stratégique Système National d'Information Sanitaire (SNIS) 2017-2021 et en 2019, avec l'appui du Fond Bêkou, une feuille de route pour le développement d'un SNIS unique de routine sur base du DHIS 2 a été adopté afin de permettre d'assurer la disponibilité et l'utilisation d'informations sanitaires de qualité pour la prise de décision. Afin de rallier tous les partenaires derrière cette feuille de route et d'adresser la fragmentation existante le MSP a fait appel aux partenaires pour signer un Mémoire d'entente pour la mise en œuvre de la feuille de route, ce qui a été fait début 2020. Depuis, la mise en place progressive du DHIS2 est en cours.

Malgré tous ces efforts et les avancées enregistrées dans la consolidation du cadre politique et stratégique du secteur et la reprise des prestations de santé, des défis majeurs subsistent et chacun des 6 piliers pourtant essentiels du système de santé est défaillant.

Les défis principaux sont dus : (1) à une offre de service insuffisante en quantité et en qualité, (2) aux faiblesses dans l'approvisionnement en médicaments et consommables essentiels, (3) aux ressources humaines insuffisantes et mal réparties, (4) aux financements insuffisants et peu prévisibles, (5) à une information stratégique peu fiable et insuffisamment utilisée et (6) à une faiblesse du leadership, de la coordination et des capacités de planification, de suivi et d'évaluation. La situation sécuritaire volatile est une contrainte majeure pour l'ensemble des acteurs de la santé.

1.2 Les interventions à évaluer²

Numéros des interventions à évaluer	Titres des interventions à évaluer	Partenaire de mise en œuvre	Budgets des interventions à évaluer	Période de mise en œuvre
T03.109	Assistance technique en appui au renforcement institutionnel du niveau central du MSP (AT1)	AEDES	814 511,05 EUR (une partie a été financée à travers la phase 2) ³	05/09/2017 – 04/09/2020
T03.150	Assistance technique en appui au renforcement institutionnel du niveau central du MSP (AT2)	AEDES	705 809,30 EUR (une partie a été financée à travers la phase 2) ⁴	13/06/2018– 04/09/2020
T03.141	Appui au Complexe Pédiatrique de Bangui	CUAMM	9.870.000 euros (une partie a été	01/07/2018 - 31/12/2022

² Les projets à évaluer sont ci-après dénommés 'actions'.

³ Le montant indiqué est le montant ajusté suite au paiement final (montant contracté de 870 100 EUR). Projet financé à la fois sous Santé II (463 800 EUR) et Santé III (350 711,05 EUR).

⁴ Le montant indiqué est le montant ajusté suite au paiement final (montant contracté de 833 000 EUR). Projet financé à la fois sous Santé II (439 000 EUR) et Santé III (266 809,30 EUR).

			financée à travers la phase 2) ⁵		
T03.161	Appui au Renforcement du Système de Santé en République Centrafricaine	CORDAID	8.546.739,04 euros	01/07/2018 31/12/2021	-
T03.162	Renforcement des capacités des acteurs locaux des districts sanitaires de Bimbo et Boda dans la prise en charge de la santé des populations vulnérables	ALIMA	10.900.000 euros	01/07/2018 30/04/2022	-
T03.163	Renforcement du système de santé dans les préfectures de la Vakaga et de la Haute Kotto	IMC	11.064.111,14 euros	01/07/2018 31/03/2022	-
T03.164	Projet d'assistance médico-nutritionnelle pour les populations vulnérables et de renforcement du système de santé de la région sanitaire n°7	PUI/CRF/ACF	14.549.963,95 euros	01/07/2018 31/05/2022	-
T03.165	Provision d'une assistance médico-nutritionnelle d'urgence et renforcement du système de santé primaire et secondaire dans la préfecture de la Bamingui-Bangoran	PUI	6.274.985,90 euros	01/11/2018 28/02/2022	-
T03.185	Projet d'assistance médicale pour les populations vulnérables et du renforcement du système de santé de la région sanitaire 2	CRF	5.904.000 euros	01/05/2019 31/12/2022	-
T03.173	Renforcement de Capacités des Equipes-Cadres de Région et de Districts Sanitaire – « RECaRD »	AICS	4.400.000 euros	01/01/2019 30/06/2022 ⁶	-

⁵ *Projet financé à la fois sous Santé II (4 000 000 EUR) et Santé III (5 870 000 EUR).*

⁶ *Extension en cours de négociation*

T03.214	Assistance technique pour revitaliser le cadre institutionnel aux niveaux opérationnels de la pyramide sanitaire et renforcer les capacités des services centraux du MSP	ICON	599.800 euros	01/06/2021 - 30/06/2022
T03.190	Relèvement du système de santé du district sanitaire du Haut-Mbomou dans la prise en charge des populations vulnérables	ALIMA	5.850.000 euros	01/11/2019-31/12/2024

Les interventions à évaluer sont financées à travers le "**Programme d'Appui Sectoriel Santé au Plan Intérimaire en RCA (Santé III)**" et, dans le cas de l'intervention T03.190 à travers le « **Programme de relèvement socioéconomique dans la zone sud-est de la RCA (RELSUDE)** » du Fond Bêkou.

Le fonds fiduciaire "Bêkou" pour la République centrafricaine (Fonds Bêkou) a été lancé le 15 juillet 2014 pour une durée initiale de 5 ans par l'Union européenne (UE), la France, l'Allemagne et les Pays-Bas, afin d'appuyer la sortie de crise et la reconstruction de la RCA dans toutes ses dimensions, selon une approche LRRD (Linking Relief, Rehabilitation and Development). La Suisse et l'Italie ont rejoint le Fonds par la suite.

Le Fonds Bêkou, premier fonds fiduciaire de l'UE, constitue un instrument innovateur, reliant les interventions humanitaires à celles pour la résilience communautaire et le renforcement des capacités centrafricaines dans un contexte de relèvement du pays. Les domaines d'intervention du fonds se concentrent prioritairement sur les services essentiels (dont la santé), la relance économique, et la réconciliation/cohésion sociale.

La santé a été le premier secteur d'engagement du Bêkou, qui a mis en œuvre au total trois phases d'appui d'un **montant total de 117 million euros, représentant environ 40% de l'enveloppe globale** du Fond Bêkou. Au long des trois phases la couverture a été augmentée progressivement et une approche de plus en plus structurante (LLRD/NEXUS) introduite.

Actuellement le Fonds Bêkou intervient dans **15 des 35 districts sanitaires** que compte le pays. Il présente la particularité de s'adresser à la fois au niveau *micro* (accès aux soins de santé des populations via un appui à 167 formations sanitaires), *méso* (renforcement des capacités des équipes cadres de district et de région) et *macro* (à travers une assistance technique auprès du Ministère de la Santé et de la Population)

Une évaluation a été conduite en avril 2018 sur les deux premières phases du programme de santé (rapport en annexe).

1.2.1 SANTE III⁷

La 3^e phase, sujet de cette évaluation, d'un montant total de 68 727 120,38 EUR s'inspire des enseignements tirés de l'évaluation des phases 1 et 2 et s'articule autour de deux composantes principales: (i) le renforcement de la gouvernance et du leadership par le Ministère de la Santé et, (ii) la fourniture de services de santé de qualité et l'accompagnement des acteurs de santé locaux.

⁷ https://ec.europa.eu/international-partnerships/topics/fonds-bekou-sante_en

Cette troisième phase avait pour but de continuer à assurer la couverture de santé dans les districts sanitaires de la phase 2, en procédant en même temps à un transfert des capacités vers les acteurs de santé locaux avec aussi une intégration progressive de l'approche financement basée sur la performance. La logique d'intervention s'inscrit donc dans la continuité des deux premières phases; avec la volonté d'axer l'action sur la pérennisation et l'appropriation nationale du programme de santé en prenant en compte des spécificités locales, particulièrement en termes de sécurité, de redéploiement des agents du MSP et de capacités des ressources humaines locales.

Avec l'apparition du covid-19 en RCA en mars 2019, les interventions ont intégré des activités de lutte contre l'épidémie dans leurs programmes de mise en œuvre.

Il importe de noter que la 3^e phase avait été initialement dotée d'un budget de 35 000 000 EUR pour une durée de 30 mois. Quatre avenants ont été adoptés depuis son lancement en 2018 qui ont permis de doubler le budget et d'étendre sa durée de 22 mois. Il s'agissait notamment de pouvoir répondre à la pandémie de COVID-19 mais aussi de permettre aux projets d'être prolongés le temps que le nouvel instrument financier de l'UE, Global Europe, soit en mesure de démarrer ses interventions dans le domaine de la santé.

L'objectif global de la phase 3 du programme de santé est de fournir les services de santé de base à la population centrafricaine avec un transfert progressif des compétences et moyens aux structures nationales.

Les **objectifs spécifiques**, focalisés sur les priorités du PISS 2018-2019, sont:

- Renforcer la gouvernance et le leadership du MSP;
- Autonomiser les FOSA, Districts et Régions sanitaires;
- Fournir un Paquet Minimum (PMA) et Complémentaire d'Activités (PCA) de soins de qualité à la population centrafricaine;
- Améliorer la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant;
- Améliorer la gestion de la prise en charge des urgences et catastrophes;
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.

Les **résultats attendus et les indicateurs ainsi que les principales activités sont présentées au sein de l'annexe I.**

Sur la base des informations contenues dans la Fiche d'action, chaque partenaire de mise en œuvre a élaboré une description détaillée du projet, incluant un cadre logique complet et un plan de travail.

1.2.2 RELSUDE

Le Programme RELSUDE avait été alloué, lors de son adoption en 2019, avec 18 000 000 EUR pour une durée de 36 mois. Fin 2021, il a reçu des fonds additionnels (pour un total de 23 380 000 EUR) et vu sa durée prolongée de deux ans supplémentaires (60 mois). Le programme a plusieurs volets dont un est ciblé spécifiquement sur la santé. C'est à travers ce volet qu'est financé le projet T03.190 dans le Haut-Mbomou.

L'**objectif général** du programme est de : « renouveler le contrat social entre l'État et la population en accompagnement à l'accord de paix ».

Son **objectif spécifique** est : « le relèvement socioéconomique et la réconciliation dans la zone sud est de la RCA sont favorisés selon une approche communautaire ».

Le **Résultat/produit** qui concerne la santé est le résultat 2 : « L'accès durable des populations aux services sociaux de base de qualité, notamment en termes de santé et eau, est renforcé ».

Il convient de noter que le projet financé dans ce cadre est similaire aux autres projets financés sous « Santé III ». Il prévoit principalement de réhabiliter les 2 hôpitaux d'Obo et Zémio et de leur permettre de fournir des soins de santé primaire et secondaire de qualité à la population : approvisionnement en médicaments,

consultations générales curatives, santé sexuelle et reproductive, vaccination, prise en charge de la malnutrition...

Financement basé sur la performance (FBP/PBF)

Le MSP s'est déjà fortement engagé dans la mise en place du FBP en RCA et a prévu l'extension de cette approche. Dans ce cadre, le Ministre de la santé a exprimé à plusieurs reprises son souhait que tous les partenaires s'alignent sur la stratégie du FBP. Le FBP a été formalisé en tant que stratégie de financement prioritaire dans la politique nationale de santé élaborée en 2019 et le Plan national de développement sanitaire III en cours de finalisation.

Sur cette demande du gouvernement le Fond Bêkou a progressivement introduit le FBP dans ses projets. Dans les DS de Bangassou, Ouango-Gambo et Bossangoa (T03.161) le FBP est déjà mise en œuvre depuis les deux premières phases du programme santé par CORDAID. À la fin du Fond Bêkou, le FBP est mise en œuvre dans 11 DS (Bangassou, Ouango-Gambo, Bossangoa, Bimbo, Boda, Haut-Kotto, Vakaga, Bangui 1, 2 et 3 et Gamboula) sur les 15 DS appuyés. 3 DS (Berberati et Carnot – T03.185 et Bamingui-Bangoran – T03.165) reçoivent en parallèle au financement Bêkou, un appui FBP du projet financé par la Banque Mondiale. Le FBP n'est pas mis en place dans le projet d'Alima mené dans le Haut Mbomou.

1.3 Parties prenantes de l'intervention

Les bénéficiaires finaux sont les populations centrafricaines, en particulier ceux qui bénéficient de la gratuité ciblée des soins de santé (les femmes enceintes et allaitantes, les enfants âgés de moins de 5 ans et les victimes de violences basées sur le genre). Par ailleurs, le personnel de santé des FOSA, les Équipes Cadres des Districts et Régions Sanitaires, ainsi que les services centraux du Ministère de la santé, sont bénéficiaires du programme par le renforcement de leurs capacités, mais contribuent également à l'atteinte des résultats. D'autres parties prenantes comprennent les communautés locales, les fournisseurs de services de santé, et les ONG internationales, cabinets d'études ou agences contractualisées.

1.4 Précédents mécanismes de suivis internes et externes, d'évaluations et autres études entreprises

Une évaluation finale de la phase 1 et 2 du programme santé a été conduite en avril 2018 (rapport en annexe IX). Les principaux constats soulevés sont résumés ci-dessous:

- « Avec le déploiement des ONGs qui ont apporté leur appui aux soins de santé primaire, le programme répond entièrement à la stratégie de l'UE en termes d'objectifs de développement durable, plus particulièrement en ce qui concerne les ODDs santé tels que l'objectif 3 de développement durable spécifiquement consacré à la santé et au bien-être ;
- Le Fonds Bêkou est en cohérence avec les BdF et les plans du gouvernement ;
- Les ambitions d'un passage de l'aide humanitaire au développement durable en RCA doivent rester modestes dans le temps et il faut avoir conscience que le programme Bêkou a vocation à s'étaler sur plusieurs années. Les défis que représentent la reconquête géographique du pays face à des bandes armées difficiles à identifier, l'absence de leadership de l'État au niveau décentralisé, l'insuffisance généralisée de gouvernance au niveau central, la pléthore de personnels peu qualifiés, l'insuffisances des capacités de gestion à tous les niveaux du système de soins, seront malheureusement et probablement encore présents dans les années à venir et seront difficiles à changer à court terme ;
- Doute quant au succès de l'approche Financement Basé sur les Résultats (FBP/PBF).
- Besoin urgent de renforcer les capacités en ressources humaines à travers le pays ;
- Besoin urgent d'assistance technique aux niveaux centraux et périphériques des capacités gestionnaires ;
- Besoin de soutien pour le volet médicaments dans son ensemble ;

- Besoins en Assistance Technique (AT) large. »

Extrait de la note « Appui à la programmation de l'aide de l'UE – Global Europe à la santé en RCA » par le Health Advisory Service - Nouria BRIKCI

Par ailleurs, les projets Santé dispose d'une couverture en ROM très élevée car seule l'AT en cours de mise en œuvre (T03.214) n'a pas été l'objet d'un ROM :

Project reference	Project title	Actual report date	final
T03.109	SANTE II – AEDES - AT	10/04/2020	
T03.141	SANTÉ II - CUAMM - APPUI AU COMPLEXE PÉDIATRIQUE DE BANGUI	20/04/2020	
T03.150	SANTÉ II - AEDES - AT2	10/04/2020	
T03.161	SANTÉ III - CORDAID - APPUI AU RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	17/04/2021	
T03.162	SANTÉ III - ALIMA - RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DES ACTEURS LOCAUX DES DISTRICTS SANITAIRES DE BIMBO ET BODA DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES POPULATIONS VULNÉRABLES	11/03/2021	
T03.163	SANTÉ III - IMC - RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LES PRÉFECTURES DE LA VAKAGA ET DE LA HAUTE KOTTO	17/04/2021	
T03.164	SANTÉ III - PUI - PROJET D'ASSISTANCE MÉDICO-NUTRITIONNELLE POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES ET DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DE LA RÉGION N°7	11/03/2021	
T03.165	SANTÉ III - PUI - PROVISION D'UNE ASSISTANCE MÉDICO-NUTRITIONNELLE D'URGENCE ET RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ PRIMAIRE ET SECONDAIRE DANS LA PRÉFECTURE DE LA BAMINGUI-BANGORAN	17/04/2021	
T03.173	SANTÉ III - AICS - RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DES EQUIPES-CADRES DE RÉGION ET DE DISTRICT SANITAIRE	15/02/2021	
T03.185	SANTÉ III - CRF - PROJET D'ASSISTANCE MÉDICALE POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES ET DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DE LA RÉGION SANITAIRE N°2	11/03/2021	
T03.190	RELSUDE - ALIMA - RELÈVEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DU DISTRICT SANITAIRE DU HAUT-MBOMOU DANS LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES	04/05/2021	

2 DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNÉE

Type d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Finale pour les actions sous le programme SANTE III - Mi-parcours pour l'action T03.190 sous le programme RELSUDE 								
Couverture	Interventions dans le domaine de la Santé du Fonds Bêkou : comprenant le "Programme d'Appui Sectoriel Santé au Plan Intérimaire en RCA (Santé III)" ainsi que le « Programme de relèvement socioéconomique dans la zone sud-est de la RCA » (RELSUDE)								
Portée géographique	République Centrafricaine <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Région sanitaire</th> <th>District sanitaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N°1</td> <td>Bimbo, Boda</td> </tr> <tr> <td>N°2</td> <td>Berberati, Gamboula, Carnot</td> </tr> <tr> <td>N°3</td> <td>Bossangoa</td> </tr> </tbody> </table>	Région sanitaire	District sanitaire	N°1	Bimbo, Boda	N°2	Berberati, Gamboula, Carnot	N°3	Bossangoa
Région sanitaire	District sanitaire								
N°1	Bimbo, Boda								
N°2	Berberati, Gamboula, Carnot								
N°3	Bossangoa								

	N°5	Vakaga , Haute Kotto , Bamingui-Bangoran
	N°6	Bangassou, Ouango-Gambo, Haut-Mbomou
	N°7	District de Bangui 1, District de Bangui 2, District de Bangui 3
Période à évaluer	Juin 2018 – Juin 2022	

2.1 Objectif de l'évaluation

(i) L'évaluation systématique et opportune de ses programmes et activités est une priorité établie⁸ de la Commission Européenne⁹ et par l'instrument du Fonds Fiduciaire Bêkou. L'évaluation se concentre sur l'analyse des réalisations, l'atteinte et la qualité des **résultats**¹⁰ des interventions, mais aussi la viabilité et durabilité de ces résultats dans le contexte de l'expiration du Fonds Bêkou¹¹ et de la transition vers d'autres instruments.¹²

De ce point de vue, les évaluateurs devront **trouver les éléments de preuves expliquant les raisons, les conditions et la manière dont ces résultats sont liés aux interventions** du Fonds Bêkou et essayer d'**identifier les facteurs générant ou entravant leur progrès et durabilité**. L'équipe devra construire ses critères de jugement en lien avec les objectifs du Fonds Bêkou : « appuyer la sortie de crise, la reconstruction et le développement de la République Centrafricaine » et son positionnement sur le triple nexus.

(ii) Les évaluateurs doivent fournir une explication des **liens de cause à effet** existant entre les inputs et les activités, et les outputs, les résultats et les impacts. Le travail des évaluateurs doit encourager la responsabilisation, la prise de décisions, l'apprentissage et la gestion des acteurs de la santé en RCA et prioriser une dynamique de participation et concertation dans l'identification des preuves et la construction des recommandations.

(iii) Cette évaluation est principalement vouée à fournir l'information suivante :

- une analyse globale et indépendante de la performance qu'ont eu les interventions dans le domaine de la Santé financées par le Fonds Bêkou, en prêtant une attention particulière à ses résultats, en comparaison avec les objectifs attendus, les raisons soutenant ces résultats et leur viabilité dans le temps;

⁸ COM(2013) 686 final "Renforcer les fondements de la réglementation intelligente - Améliorer l'évaluation" - http://ec.europa.eu/smart-regulation/docs/com_2013_686_fr.pdf; Règlement financier UE (art 27); Règlement (UE) No 1905/2006; Règlement (UE) No 1889/2006; Règlement (UE) No 1638/2006; Règlement (UE) No 1717/2006; Règlement (CE) No 215/2008 du Conseil

⁹ SEC (2007)213 "Répondre aux besoins stratégiques : renforcer l'usage de l'évaluation", https://ec.europa.eu/smart-regulation/docs/com_2013_686_en.pdf; SWD (2015)111 "Lignes directrices pour une meilleure réglementation", http://ec.europa.eu/smart-regulation/guidelines/docs/swd_br_guidelines_en.pdf; COM(2017) 651 final 'Mener à son terme le programme pour une meilleure réglementation: de meilleures solutions pour de meilleurs résultats', https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/completing-the-better-regulation-agenda-better-solutions-for-better-results_en.pdf

¹⁰ Cela fait référence à l'intégralité de la chaîne des résultats, couvrant les outputs, les résultats et l'impact de l'action. Cf. Règlement (UE) N° 236/2014 "énonçant des règles et des modalités communes pour la mise en œuvre des instruments de l'Union pour le financement de l'action extérieure" - https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/sites/near/files/pdf/financial_assistance/ipa/2014/236-2014_cir.pdf

¹¹ Plus aucun nouveau programme ne peut-être contracté après le 31/12/21. Les projets doivent terminer leur mise en œuvre au plus tard au 31/12/25.

¹² Le nouveau Consensus Européen pour le Développement 'Notre monde, notre dignité, notre futur', journal officiel du 30 juin 2017. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ:C:2017:210:TOC>

- les enseignements tirés, les conclusions et les recommandations associées, de manière à améliorer, le cas échéant, les interventions futures.

En particulier, cette évaluation servira : à identifier les progrès, continuités, nouveaux challenges rencontrés depuis la dernière évaluation publiée en Mai 2018 ; à analyser si les efforts effectués depuis 2018 pour solidifier la pérennisation des interventions ont porté leurs fruits ; et à produire des connaissances et leçons additionnelles concernant des thématiques importantes pour le futur du secteur de la santé en RCA : (i) la question de l'autonomisation des FOSA et différents niveaux sanitaires vis-à-vis de l'aide fournie par les partenaires d'implémentation ; (ii) l'extension de l'approche du financement basé sur la performance ; (iii) et la question de la disponibilité en médicaments dans le pays.

Les principaux utilisateurs de cette évaluation seront : l'équipe du Fonds Bêkou à la Délégation de l'Union Européenne en RCA et à la DG INTPA, le gouvernement de la RCA, les États membres du Fonds Bêkou ainsi que les partenaires d'implémentation. Les conclusions de l'évaluation seront aussi très pertinentes pour l'unité thématique de la DG INTPA en charge de la santé (Unité G4) et tous les bailleurs de fonds finançant des actions dans le secteur de la santé en RCA.

2.2 Services requis

2.2.1 Portée de l'évaluation

L'évaluation analysera l'intervention en suivant les six critères d'évaluation du CAD¹³, à savoir : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et perspectives d'impact. De plus, l'évaluation analysera un critère d'évaluation spécifique: la valeur ajoutée du Fonds Fiduciaire Bêkou (dans quelle mesure l'intervention portée par le Fonds Fiduciaire apporte des bienfaits supplémentaires à ceux qui auraient découlés de la seule intervention des États membres) ;

Sur la base des conclusions et recommandations de l'évaluation précédente, mais aussi des attentes des parties prenantes durant cette phase de transition et fin du Fonds Bêkou, les priorités seront données aux critères d'efficacité, de viabilité et d'impact.

L'équipe d'évaluation devra en outre vérifier si les questions d'égalité des sexes, environnement et changement climatique ainsi que la prise en compte des problématiques rencontrées par les personnes déplacées internes/réfugiés ont été incorporées ; si les ODD importants et leurs interactions ont été identifiés ; si le principe « Leave No-One Behind », (« Ne laisser personne pour compte », voir <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/avril-2016/odd-ne-laisser-personne-pour-compte>) et une approche basée sur les droits ont été pris en compte lors de l'identification/la formulation des documents et à quel degré celles-ci se sont retrouvées dans la mise en œuvre, la gouvernance et la supervision de l'intervention.

2.2.2 Questions d'évaluation indicatives

Les questions d'évaluation formulées ci-dessous sont données à titre indicatif. En fonction de l'information la plus récente, des consultations initiales et ultérieures, ainsi que de l'analyse des documents, l'équipe

¹³ La définition des 6 critères CAD est contenue dans l'annexe II.

d'évaluation discutera avec le gestionnaire d'évaluation¹⁴ et proposera dans son rapport de démarrage un éventail complet et final de questions d'évaluation en indiquant les critères et indicateurs spécifiques qui seront utilisés, ainsi que les sources de collecte de données et les principaux outils d'analyse appliqués.

Une fois le rapport de démarrage approuvé, les questions d'évaluation deviendront juridiquement contraignantes.

Pertinence¹⁵

- *QE1 : Dans quelle mesure l'extension de l'approche du financement basé sur la performance aux actions Santé III était-elle appropriée aux besoins des populations et au contexte local ?*

Cohérence

- *QE2 : Dans quelle mesure les mécanismes de coordination ont été renforcés dans cette dernière phase : (i) entre les différentes interventions financées par le Fonds Bêkou mais aussi (ii) entre les différents bailleurs de fonds et partenaires présents en RCA notamment dans les districts sanitaires où à la fois la Banque Mondiale et le Fonds Bêkou finançaient des actions avec approche FBP?*

Valeur-ajoutée

- *QE3 : Dans quelle mesure les interventions financées dans le secteur de la santé par le Fonds Bêkou sont-elles en ligne avec les exigences imposées par le Règlement Financier de l'UE : a) valeur ajoutée par un effet d'échelle, b) meilleure visibilité politique, c) absence de duplication et recherche de synergies et d) cohérence avec les objectifs des instruments de l'UE qui financent le Fonds ?*
- *QE4 : Dans quelle mesure les avantages comparatifs déclarés du Fonds Bêkou (flexibilité, approche LRRD/nexus, adaptabilité au contexte, pyramide micro-méso-macro, coordination avec les autorités locales mais aussi avec les donateurs) ont-ils opéré et facilité l'atteinte des résultats en matière de santé ?*

Efficacité

- *QE5 : Dans quelle mesure les différentes interventions dans le domaine de la santé financées par le Fonds Bêkou ont-elles permis l'atteinte de leurs objectifs spécifiques respectivement pour les femmes et les hommes, et -si possible- par classe d'âge? Dans le cas de l'action sous RELSUDE qui est toujours en cours, l'équipe d'évaluation est invitée à analyser les premiers résultats du projet.*
Les interventions ont-elles aussi eu des effets non-anticipés (positifs ou négatifs) tout au long de la chaîne des résultats ?
- *QE6 : Dans quelle mesure les interventions ont-elles facilité une réponse effective à la crise de la COVID-19 en RCA ?*
- *QE7 : Dans quelle mesure les questions transversales de genre, d'équité, de prévention des conflits, d'intégration des personnes déplacées internes/réfugiés ont-elles été intégrées lors de l'identification des activités, de leur mise en œuvre et gouvernance et quels ont-été les résultats le plus considérables et les bonnes pratiques atteintes par le programme ?*

¹⁴ Le gestionnaire d'évaluation dépend du pouvoir adjudicateur qui gère le contrat d'évaluation. Le plus souvent cette personne est le cadre opérationnel de la(les) action(s) à évaluer.

¹⁵ Il n'est pas demandé d'analyser la pertinence des programmes car il s'agit d'une troisième phase et que la pertinence a été validée lors de l'évaluation des deux phases précédentes ainsi que par divers autres experts (y compris dans le cadre de l'étude de capitalisation et des rapports ROM).

Efficienc

- *QE8 : Dans le contexte centrafricain, dans quelle mesure la relation entre les inputs et les réalisations est-elle opportune (au niveau durée de la mise en œuvre et ponctualité), conforme aux standards de qualité attendus et présente un rapport coût-efficacité positif, ?*
- *QE9 : À quel degré le programme a-t-il été capable de s'adapter à l'évolution de la double crise sanitaire et sécuritaire en RCA, et ceci au point de vue de la (re)définition de ses objectifs, et des modalités de mise en œuvre ? Est-ce que ces adaptations ont été pertinentes et efficaces ? »*

Viabilité

- *QE10 : Dans quelle mesure les résultats atteints en termes de renforcement des capacités et autonomisation des FOSA, districts /régions sanitaires et du ministère ainsi bien qu'au niveau de l'amélioration de l'approvisionnement et gestion des médicaments sont-ils durables au point de vue financier, économique, social et institutionnel ?*

Impact

- *QE 12 : Dans quelle mesure les interventions (depuis le lancement de la phase 1 du programme santé) ont-elles influé sur les indicateurs d'impact ciblés par la fiche d'action Santé III (le taux de mortalité maternelle; le taux de mortalité infanto-juvénile; le taux de mortalité liée à la tuberculose; le nombre de personnes décédées des causes liées au SIDA; le taux de mortalité attribuable au paludisme)? Dans le cas de l'action Santé sous le programme RELSUDE qui est à mi-parcours, peut-on déjà identifier des premières contributions à l'amélioration des indicateurs d'impact ?*

Demande Spécifique

Au-delà de ces questions d'évaluation auxquelles l'équipe d'évaluation devra répondre, l'évaluation comportera un module de capitalisation particulier sur le financement basé sur la performance (FBP) qui prendra la forme d'une étude de cas présentée dans une annexe au rapport d'évaluation. Cette annexe rassemblera tous les éléments probants sur le FBP récoltés par les évaluateurs au cours de leur travail et permettra d'agréger les connaissances acquises sur l'extension du FBP au sein du Programme Santé.

2.3 Phases de l'évaluation et livrables requis

Le processus d'évaluation sera mené en cinq phases :

- Démarrage
- Documentaire
- Terrain
- Synthèse
- Diffusion

Les livrables de chaque phase doivent être rendus à la fin des étapes correspondantes, comme précisé dans le tableau synoptique du paragraphe 2.3.1.

2.3.1 Tableau synoptique

Le tableau qui suit présente un aperçu des principales activités à mener lors de chaque phase et énumère les livrables que l'équipe devra produire, y compris les réunions avec le pouvoir adjudicateur et le groupe de référence. Le contenu principal de chaque livrable est décrit au chapitre 5.

Phases de l'évaluation	Principales activités	Livrables et réunions
<u>Phase de démarrage</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte initiale de documents/données • Analyse du contexte • Entretiens initiaux avec la gestionnaire de programme • Analyse des parties prenantes • Reconstruction (ou, le cas échéant, construction) de la logique d'intervention et/ou description de la théorie du changement (sur base de la documentation et des entretiens disponibles) • Renforcement de la méthodologie d'évaluation (questions d'évaluation et critères de jugement, indicateurs et méthodes de collecte de données, analyse) et la matrice d'évaluation. • Propositions préliminaires de formats pour le ou les supports de communication (à déterminer sur la base des bonnes pratiques¹⁶) et pour les événements à organiser 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Réunion de démarrage avec le pouvoir adjudicateur et le groupe de référence (vidéoconférence)</i> • Rapport de démarrage • <i>Présentation du rapport de démarrage (en présentiel dans les locaux de la DG INTPA)</i>
<u>Phase documentaire</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse approfondie des documents (livrables du projet, cadres logiques, données quantitatives liées aux résultats des projets, etc.) • Entretiens avec l'équipe du Fonds Bêkou • Possibilité de collecte de données via une enquête • Identification des informations manquantes et des hypothèses à vérifier dans la phase de terrain • Conception de la méthodologie de la phase de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Note documentaire • <i>Présentation des conclusions principales de la phase documentaire au groupe de référence (vidéoconférence)</i>

¹⁶ https://europa.eu/capacity4dev/evaluation_guidelines/wiki/disseminating-evaluations

Phases de l'évaluation	Principales activités	Livrables et réunions
<u>Phase de terrain</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Premières réunions au niveau national avec la DUE, les différents partenaires d'implémentation, les autorités centrafricaines et autres bailleurs de fonds appuyant le secteur. • Collecte des éléments factuels, au moyen d'interviews, de groupes de discussion, de visites des FOSA, etc. • Collecte de données et analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens au niveau national avec les différents partenaires d'implémentations et les autorités centrafricaines • <i>Débriefing avec la DUE en face-à-face</i> • Note intermédiaire • <i>Présentation des principaux résultats de la phase de terrain au groupe de référence (vidéoconférence)</i>
<u>Phase de synthèse</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse finale des résultats (en particulier des questions d'évaluation) • Rédaction du rapport d'évaluation globale, des conclusions et des recommandations • Préparation d'une annexe spéciale sur le FBP • Compte-rendu • Propositions d'agenda pour les événements et propositions de visuels pour le ou les supports de communication 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Workshop de discussion sur les recommandations (en présentiel)</i> • Projet de rapport final • <i>Réunion avec le groupe de référence (vidéoconférence)</i> • Rapport final • Résumé exécutif conforme au modèle standard • Annexe d'analyse spécifique sur le FBP • Agenda des événements et visuels de communication • <i>Réunion avec le groupe de référence (vidéoconférence)</i>
<u>Phase de diffusion</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du séminaire sur la présentation finale en visioconférence • Production de supports de communication • Organisation d'une conférence de type 'InfoPoint' 	<ul style="list-style-type: none"> • Supports de communications produits/imprimés • <i>Réunion avec le groupe de référence (vidéoconférence)</i> • <i>Séminaire de présentation du rapport final avec les acteurs de la santé en RCA</i> • <i>Conférence (modalité à distance)</i> • Présentations PowerPoint

2.3.2 Phase de démarrage

Le but de cette phase est de structurer l'évaluation et de préciser les questions principales.

La phase débutera par une session d'ouverture à Bruxelles entre le groupe de référence¹⁷ et les évaluateurs. Cette session aura lieu dans la semaine suivant la signature du contrat. Les évaluateurs (ou au moins une partie d'entre eux), ainsi qu'un membre de l'équipe de gestion, doivent être présents (virtuellement) pendant une demi-journée. Le but de la réunion est d'aboutir à une compréhension claire et partagée de la portée de l'évaluation, de ses limites et de sa faisabilité. Elle sert à clarifier les attentes sur les résultats de l'évaluation, la méthodologie à utiliser et, le cas échéant, à transmettre un complément d'information pertinente ou de dernière minute.

Durant la phase de démarrage, les documents pertinents seront examinés (voir annexe II). En plus d'une première analyse documentaire du cadre politique, institutionnel et/ou du cadre technique et de coopération de l'appui que l'UE a apporté au secteur de la santé en RCA, l'équipe d'évaluation, en collaboration avec le gestionnaire d'évaluation reconstruira – ou construira, le cas échéant – la logique d'intervention de l'intervention à évaluer.

En outre, en se basant sur la logique d'intervention (re)construite, les évaluateurs rédigeront une explication narrative de la logique de l'intervention, en décrivant la manière dont l'intervention est supposée engendrer le changement tout au long de la chaîne des résultats, c.à.d. la Théorie du Changement. Cette explication comprend une analyse des données à la base de cette logique (surtout en comparant les inputs et les outputs, et les résultats et l'impact) et permet de formuler les suppositions qui doivent se révéler valides pour que les activités puissent être menées à bien, ainsi que d'identifier les facteurs qui pourraient potentiellement entraver les changements recherchés.

En se basant sur la logique d'intervention et sur la théorie du changement, les évaluateurs finaliseront i) les questions d'évaluation avec la définition des critères et des indicateurs de jugement, la sélection des outils et des sources pour la collecte des données, ii) l'évaluation de la méthodologie et iii) la planification des étapes suivantes.

L'approche méthodologique sera représentée dans une matrice de conception de l'évaluation¹⁸, qui sera incluse dans le rapport de démarrage. La **méthodologie de l'évaluation doit être sensible à la question de genre, envisager l'utilisation de données ventilées par sexe et âge et démontrer comment les actions auront contribué à avancer vers plus d'égalité des sexes.**

Les restrictions rencontrées ou qui seront rencontrées lors de l'exercice d'évaluation seront discutées et des mesures de limitation décrites dans le rapport de démarrage. Enfin, dans cette phase, le plan de travail et le procédé d'évaluation seront présentés et approuvés ; ce plan devra être cohérent à celui qui est proposé dans les présents TdR. Toute modification devra être justifiée et approuvée par le gestionnaire d'évaluation.

Sur la base des informations récoltées, l'équipe d'évaluation doit préparer un **rapport de démarrage** ; son contenu est décrit au sein de l'annexe 5. Ce rapport devra comprendre des premières propositions pour le format des deux restitutions à organiser pendant la phase de diffusion (voir ci-après 2.3.6) et pour le format du ou des supports de communication qui seront produits. Ce rapport sera présenté au groupe de référence. Il est attendu qu'à minima le Team Leader et un membre de l'équipe de gestion soient présents à Bruxelles pour cette réunion de présentation.

¹⁷ Le groupe de référence sera composé de membres du Ministère de la Santé et de la Population, du Fonds Bêkou, de la DUE et de l'unité thématique d'INTPA pour le secteur de la Santé

¹⁸ La matrice de l'évaluation est un outil qui sert à structurer l'analyse de l'évaluation (en définissant les critères de jugement et les indicateurs de chaque question d'évaluation). Elle sert aussi à adopter la méthode de collecte de données la plus appropriée et faisable pour chacune des questions.

2.3.3 Phase documentaire

Cette phase est celle de l'analyse des documents. L'analyse doit inclure un résumé concis de la littérature existante en lien avec l'intervention¹⁹ : livrables des interventions, notes mensuelles, rapports d'évaluation des programmes précédents, rapports annuels du Fonds Bêkou, etc.

L'analyse des documents pertinents doit être systématique et refléter la méthodologie développée et approuvée pendant la phase de démarrage.

Des échanges avec le gestionnaire programme, les services de l'UE compétents et les principaux partenaires en RCA peuvent être réalisés pendant cette phase afin de soutenir l'analyse des sources secondaires.

Les activités à effectuer pendant cette phase permettront de donner des réponses préliminaires à chaque question d'évaluation, en communiquant les informations déjà rassemblées et leurs limites d'analyse. Ces activités devront aussi mettre en évidence les questions qui restent à traiter et les hypothèses préliminaires à tester.

Pendant cette phase, l'équipe d'évaluation devrait affiner le choix des outils à utiliser pendant la phase de terrain et annoncer les étapes préparatoires déjà réalisées ou à réaliser, incluant compris dresser une liste des personnes à interviewer, définir les dates et les itinéraires des visites, et répartir les tâches entre les membres de l'équipe.

À la fin de la phase documentaire, une **note documentaire** sera préparée ; son contenu est décrit au sein de l'annexe 5.

Une présentation au groupe de référence, s'il y a lieu, faite par l'équipe d'évaluation, aura lieu par vidéoconférence.

2.3.4 Phase de terrain

La phase de terrain commence après l'approbation de la note documentaire par le gestionnaire d'évaluation.

Le but de la phase de terrain est de valider / changer les réponses préliminaires formulées pendant la phase documentaire et de compléter l'information grâce à la recherche primaire.

Si un écart important par rapport au plan ou au programme approuvé semble constituer un risque pour la qualité de l'évaluation ou ne respecte pas la fin de la validité du contrat, il faudra en discuter immédiatement avec le gestionnaire d'évaluation et, ce qui concerne la validité du contrat, prendre des mesures correctives.

Pendant les premiers jours de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit organiser une réunion avec le gestionnaire du programme.

Pendant la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit assurer un contact, une consultation et une collaboration adéquats avec les différentes parties prenantes et avec les autorités et le Ministère de la Santé et de la Population. Tout au long de sa mission, l'équipe d'évaluation utilisera les sources d'information les plus fiables et appropriées, ne pas divulguer les informations confidentielles reçues et respecter les croyances et les coutumes de l'environnement social et culturel local.

¹⁹ Il est à noter que les documents seront partagés à travers la plateforme CIRCABC et qu'ils seront disponibles dès la signature du contrat. Ceci est à prendre en compte lors de l'estimation des jours nécessaires à l'équipe.

Au terme de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation résumera son travail, analysera la fiabilité et l'étendue des données récoltées, et présentera ses conclusions préliminaires en fin de mission en présentiel (voire en hybride si pertinent) à la gestionnaire de programme basée à la Délégation à Bangui.

Au terme de la phase de terrain, une **note intermédiaire** sera préparée ; son contenu est décrit au sein de l'annexe 5. Ses principales conclusions seront présentées lors d'une réunion (en vidéoconférence) avec le groupe de référence.

Pour faciliter l'organisation de cette mission, en dehors des rubriques voyages (y compris les frais de déplacements en RCA) et per diems, il est aussi important de prendre en compte dans l'offre financière les dépenses spécifiques liées à la sécurité, à la traduction, à la participation du Ministère pour les visites de terrain. Concernant cette dernière, chaque visite de terrain devrait être accompagnée par une personne du Ministère du niveau central (c'est-à-dire basée à Bangui) ; il convient donc de prévoir les frais de voyage (per diem et transport) pour cette personne.

2.3.5 Phase de synthèse

Cette phase est dédiée à la préparation de **deux documents distincts** : le **résumé exécutif** et le **rapport final**, Il comprend l'analyse des données récoltées pendant la phase documentaire et la phase de terrain, afin de finaliser les réponses aux questions d'évaluation et de préparer l'évaluation globale, les conclusions et les recommandations.

L'équipe d'évaluation présentera ses résultats, ses conclusions et ses recommandations dans un seul rapport avec les annexes, conformément à la structure convenue à l'annexe IV ; un résumé exécutif séparé sera également élaboré, dans le format obligatoire du module EVAL (cf. annexe IV)

L'équipe d'évaluation s'assurera que :

- Son évaluation est objective et équilibrée, que les affirmations sont détaillées et fondées sur des preuves et que les recommandations sont réalistes et clairement ciblées.
- Pendant la rédaction du rapport, que toute évolution déjà en cours dans la direction souhaitée soit clairement identifiée.
- Que le vocabulaire et les abréviations utilisés tiennent compte de l'audience identifiée à l'art. 2.1 plus haut.

L'équipe d'évaluation rendra et présentera le **projet de rapport final** au groupe de référence à Bruxelles, afin de discuter de ses résultats, de ses conclusions et de ses recommandations. L'équipe devra obligatoirement être présente (en virtuel) pendant une demi-journée minimum. Afin de proposer les recommandations les plus opérationnelles possibles, l'équipe d'évaluation sera invitée à préparer un atelier spécifique (présentiel à Bruxelles, dans les locaux de la DG INTPA) soit avant la livraison du projet de rapport final, soit juste après pour tester et enrichir les recommandations provisoires.

Le Gestionnaire d'Évaluation rassemblera les commentaires faits par les membres du groupe de référence et les enverra à l'équipe d'évaluation pour réviser le rapport conjointement avec une première version de la grille d'évaluation de la qualité (QAG) du projet de rapport final. Le contenu de cette grille d'évaluation sera discuté avec l'équipe d'évaluation pour déterminer si des améliorations sont nécessaires et l'équipe d'évaluation sera invitée à faire des commentaires sur les conclusions formulées dans la QAG.

À ce stade, l'équipe d'évaluation finalisera le **rapport final** et le **résumé exécutif**, en répondant aux commentaires reçus. Les problèmes éventuels de qualité, les erreurs factuelles et les problèmes

méthodologiques seront corrigés ; les commentaires relatifs à des jugements divergents peuvent quant à eux être acceptés ou rejetés. Dans ce dernier cas, l'équipe d'évaluation devra en expliquer les raisons par écrit. Une fois le rapport final approuvé, la QAG sera mise à jour et envoyée aux évaluateurs.

Avec le rapport final, l'équipe remettra ses idées pour l'agenda des deux restitutions à organiser pendant la phase de diffusion (voir ci-après 2.3.6) et des propositions de visuels pour le ou les supports de communication qui seront produits. Ces idées seront discutées lors d'une réunion en virtuel avec le groupe de référence.

2.3.6 Phase de diffusion

Un ou des supports de communication (infographie) seront préparés et l'équipe organisera deux restitutions : une à Bangui et l'autre à Bruxelles.

Ce ou ces supports ainsi que le résumé du rapport final devront être produits en 200 exemplaires dont une majorité sera distribuée aux participants de l'atelier à Bangui et 50 exemplaires seront remis à l'équipe du Fonds Békou.

Un atelier de restitution présentiel aura lieu auprès des parties prenantes à Bangui. Cet atelier – dont les coûts doivent être budgétés dans l'offre financière - devra voir la présence d'au moins deux des experts dont le Team Leader. En plus des bénéficiaires des programmes Santé et Relsude, il réunira les principales parties prenantes du secteur de la santé soit près de 70 personnes. Les coûts à prendre en charge sont notamment la location de la salle, les visuels types banderoles, les rafraichissements (pause-café) et le déjeuner, les impressions, les frais de voyage (per diem et transport) pour les participants des régions et les frais de transport pour les participants en provenance de Bangui.

De plus, il est envisagé une restitution plus large (en format virtuel) pour les audiences européennes.

Il convient de noter que l'équipe Békou travaille, avec le soutien des contractants en charge du Monitoring and Learning System (MLS), à la réalisation d'une cartographie qui présente les réalisations du programme Santé III à travers des cartes, des graphiques et autres infographies. Il est attendu que les équipes travaillent en étroite synergie car les deux exercices qui seront menés en parallèle pourront se nourrir l'un de l'autre. De la même manière, l'atelier de restitution en RCA pourrait être mené en même temps que l'atelier de présentation de la cartographie.

2.4 Organisation du contrat spécifique et méthodologie (offre technique)

Les contractants-cadre invités soumettront leur organisation du contrat et la méthodologie spécifiques en se servant du modèle standard SIEA B-VII-d-i et ses annexes 1 et 2 (B-VII-d-ii).

La méthodologie d'évaluation proposée pour entreprendre la mission est décrite au chapitre 3 (stratégie et calendrier de travail) du modèle B-VII-d-i. Dans leur offre méthodologique les contractants-cadre invités devront détailler comment et par quels moyens ils envisagent de satisfaire aux requêtes de ces Termes de Référence. Les prestataires doivent décrire au minimum :

- comment la méthodologie qu'ils proposent va aborder les questions transversales mentionnées dans les termes de référence et, notamment, l'égalité des sexes et l'émancipation de la femme. Ceci inclut (selon le cas) les messages de communication de l'action, les matériels et les structures de gestion.
- Il est attendu que dans leurs offres, les contractants-cadres décrivent leur compréhension des questions d'évaluation proposées dans les termes de référence et proposent éventuellement de premiers axes d'amélioration
- Les contractants-cadres doivent brièvement expliquer la complémentarité entre les membres de l'équipe proposée et comment ils prévoient la division du travail entre les différents experts

- Les contractants-cadres doivent proposer dans leur méthodologie une proposition d'**échantillonnage des FOSA à visiter sur la base de critères géographiques, de types de structures appuyées, des niveaux sanitaires (région, préfecture, district) mais aussi de la division du travail dans l'équipe proposée et en considération des aspects sécuritaires et sanitaires sur le terrain**. Au minimum l'échantillon devra contenir un district sanitaire où le Fonds Bêkou travaille en parallèle avec la Banque Mondiale (Berberati, Carnot et Bamingui-Bangoran), le Haut-Mbomou (pour couvrir le programme RELSUDE) et des visites de projets ayant des différents niveaux de longévité avec le FBP. Il convient de prendre en compte les conditions logistiques (temps de transport entre Bangui et les districts sanitaires) pour pouvoir définir au mieux le nombre de jours/hommes pendant la phase de terrain.

En considération des aspects sécuritaires critiques, les consultants pourront s'appuyer pour leur travail sur des ressources localement disponibles et -en cas d'impossibilité de déplacement dans certaines zones- une partie des entretiens pourront aussi être effectués par téléphone ou d'autres moyens pertinents. **Il sera attendu des contractants-cadres que ces contraintes en termes d'accès soient considérées dans l'approche méthodologique** et qu'ils développent, à travers des scénarios ou autres outils similaires, différentes options de collecte des données et triangulation des sources pour faire face à des changements possiblement soudains sur le terrain.

- Comme indiqué plus haut, l'analyse du financement basé sur la performance sera un élément clé de cette évaluation. Les contractants-cadres doivent donc démontrer dans leur proposition une connaissance des enjeux autour du FBP et expliquer leur méthodologie pour évaluer ces opérations.
- Enfin, dans la perspective d'une évaluation stratégique du Fonds Bêkou qui débutera au deuxième semestre 2022, les prestataires devront aussi proposer dans leur méthodologie un système afin de pouvoir partager les données récoltées²⁰ durant le travail d'évaluation pour que ces informations puissent être facilement utilisées par la future équipe d'évaluation stratégique et ainsi d'éviter un double travail et une perte de temps pour nos partenaires.

L'autorité contractante attire l'attention des soumissionnaires sur le fait que dans leur approche les spécificités du Fonds Bêkou – Fonds Fiduciaire - doivent être prises en compte.

Le contractant reste le seul et unique responsable pour assurer que toutes les mesures soient prises afin d'assurer la sécurité de l'équipe ainsi bien que leur respect des normes éthiques et de protection des sources dans le contexte de leur évaluation (respect du principe « Do No Harm »).

Par dérogation à ce qui est spécifié dans le modèle standard SIEA B-VII-d-i, la longueur maximale du contrat spécifique Organisation et Méthodologie est de 17 pages, rédigées en Times New Roman 12 ou Arial taille 11, interligne simple, à l'exclusion des annexes propres au contractant-cadre (longueur maximale de ces annexes: 3 pages), en plus des annexes prévues dans le cadre des présents TdR spécifiques. Le calendrier n'est pas inclus dans cette limite et peut être présenté sur une page A3.

2.4.1 Éthique de l'évaluation

Toutes les évaluations doivent être crédibles et exemptes de partialité ; elles doivent respecter la dignité et la diversité et protéger les droits et les intérêts des parties prenantes. Les évaluateurs doivent garantir la confidentialité et l'anonymat des informateurs et être guidés par des normes professionnelles et des principes éthiques et moraux dans le respect du principe "ne pas nuire". L'approche des contractants-cadres pour

²⁰ Par exemple, notes d'observation sur le terrain, comptes rendus des entretiens de groupes, retranscriptions d'entretiens avec des bénéficiaires, etc.

respecter ces obligations doit être explicitement abordée dans l'organisation et la méthodologie spécifiques et doit être mise en œuvre par l'équipe d'évaluation tout au long de l'évaluation, y compris lors de la dissémination des résultats.

2.5 Gestion et pilotage de l'évaluation

2.5.1 Au niveau de l'UE

L'évaluation est gérée par la gestionnaire du programme Santé au sein du Fonds Békou²¹; les progrès de l'évaluation seront suivis de près avec l'aide d'un groupe de référence composé de membres des services de l'UE et du ministère de la santé centrafricain.

Les fonctions principales des membres du groupe de référence sont :

- De définir et de valider les questions d'évaluation.
- De faciliter les contacts entre l'équipe d'évaluation, les services de l'UE et les parties prenantes externes.
- De s'assurer que l'équipe d'évaluation a accès à toutes les sources d'information et de documentation liées à l'action à évaluer et les consulte.
- De discuter et de commenter les rapports produits par l'équipe d'évaluation. Les commentaires de chaque membre du groupe de référence sont rassemblés par le gestionnaire d'évaluation, puis transmis à l'équipe d'évaluation.
- D'assister le processus de rétroaction (feedback) à partir des résultats, des conclusions, des recommandations et des leçons tirées de l'évaluation.
- De faciliter la dissémination des résultats de l'évaluation
- De soutenir la création d'un bon suivi du plan d'action une fois l'évaluation terminée.

2.5.2 Au niveau du prestataire

Conformément aux exigences établies à l'article 6 des Termes de Référence globaux et dans la section Organisation et la Méthodologie, faisant respectivement référence aux annexes II et III du contrat cadre SIEA 2018 respectivement, le prestataire doit surveiller la qualité du procédé, la conception de l'évaluation, les inputs et les livrables de l'évaluation. Il devra en particulier :

- Soutenir le chef d'équipe dans son rôle, principalement en ce qui concerne la gestion. À cet égard, le prestataire doit s'assurer qu'à chaque phase de l'évaluation, des tâches et des livrables spécifiques soient confiés à chaque membre de l'équipe.
- Fournir du soutien et un contrôle qualité du travail de l'équipe d'évaluation tout au long de sa mission.
- S'assurer que les évaluateurs disposent des ressources nécessaires pour remplir toutes leurs tâches et respecter les délais du contrat.

²¹ En 2019, à la suite de l'arrivée d'une gestionnaire de programmes santé à la Délégation, le suivi opérationnel des projets a été décentralisé à Bangui. En 2021, la gestion administrative a également été reprise par la Délégation avec un appui de l'équipe Békou à Bruxelles. À noter que la gestion financière reste centralisée à Bruxelles.

3 LOGISTIQUE ET CALENDRIER

3.1 Planification, y compris la période de notification pour la mobilisation de l'équipe²²

Dans le cadre de son offre technique, le contractant-cadre doit remplir le calendrier figurant à l'annexe VI (à finaliser dans le rapport de démarrage). Les "dates indicatives" ne doivent pas être formulées comme des dates fixes mais plutôt comme des jours (ou des semaines ou des mois) à partir du début de la mission (à référencer comme "0").

3.2 Une planification suffisante doit être prise en compte afin d'assurer la participation active et la consultation des représentants du gouvernement, autorités nationales/locales ou autres des parties prenantes. De plus, le contractant-cadre devra intégrer une période réaliste pour la révision et l'approbation de chacun des livrables (minimum 2 semaines). Localisation

Le travail d'évaluation se déroulera au domicile des experts avec des missions de terrain à Bruxelles et en République Centrafricaine. Voir aussi l'article 2.4 pour les détails des visites en RCA.

3.3 Date de début et période de mise en œuvre

La date de début indicative est le 01/09/2022 et la période d'exécution du contrat sera de 7 mois (date de fin indicative : 31/03/2023).

4 SERVICES REQUIS

Tous les coûts autres que les coûts des experts clés de l'équipe d'évaluation seront reflétés dans une provision budgétaire dédiée sous le chapitre "Autres détails" de l'offre financière du contractant-cadre.

4.1 Expertise

Les exigences minimales couvertes par l'ensemble de l'équipe d'experts sont détaillées ci-dessous.

- Profil général de l'équipe :
 - Spécialisée en santé publique, comprenant expertise locale et internationale ;
 - Compétences de communication et expérience dans la facilitation d'ateliers ;
 - Capacités à écrire des rapports clairs ;
 - L'Union européenne mène une politique d'égalité des chances. L'équilibre entre les sexes dans l'équipe proposée, à tous les niveaux, est fortement recommandé.

- Expérience professionnelle générale de l'équipe :
 - au moins 30 années accumulées d'expérience dans le secteur de la santé (notamment dans le renforcement des services de santé maternelle et infantile et des soins communautaires) dans des pays africains;
 - au moins 10 années accumulées d'expérience professionnelle dans le domaine de l'évaluation ;
 - au moins 10 années accumulées d'expérience dans formulation ou gestion de programmes dans le domaine de la santé ;
 - au moins 10 années accumulées d'expérience professionnelle dans des États fragiles ;
 - au moins 10 années accumulées d'expérience professionnelle dans le domaine du financement de la santé.

²² Conformément à l'article 16.4 a) des Conditions Générales du Contrat Cadre SIEA

- **Expérience professionnelle spécifique de l'équipe :**
 - Le/la team leader doit avoir réalisé avec succès au moins 3 évaluations d'interventions en tant que chef d'équipe dans les 5 dernières années (sera considéré comme un atout une expérience dans la supervision d'évaluations complexes multi-projets/multi-disciplinaires)
 - Au moins un des membres de l'équipe doit avoir une expérience récente (moins de 5 ans) dans le renforcement institutionnel et organisationnel ;
 - Au moins un des experts doit avoir une expérience dans la mise en œuvre et l'évaluation des approches « financement basé sur la performance » dans le secteur de la santé , (sera considéré comme un atout une expérience préalable d'analyse/évaluation/gestion de composante FBP auprès de la Banque Mondiale) ;
 - Au moins un des évaluateurs devra avoir un profil orienté analyse de l'efficacité des programmes de santé dans une approche « value-4-money » ;
 - Au moins un des experts devra avoir une spécialisation dans l'analyse et la visualisation de données quantitatives.

- **Compétences linguistiques de l'équipe :** la maîtrise de la langue française est obligatoire pour toute l'équipe. Certains interlocuteurs en RCA ne maîtriseront pas la langue française et à ce titre, l'équipe – si elle ne prévoit pas d'expert local maîtrisant le Sango - doit envisager de recourir à des interprètes.

Les compagnies doivent s'assurer que les experts proposés sont bien disponibles pour la période indiquée et vérifier auprès d'eux que, par leur signature de la déclaration de disponibilité et d'exclusivité, ils s'engagent à ne pas se présenter comme experts auprès d'une autre compagnie déposant une offre dans le cadre de cette demande de services.

4.2 Nombre de jours demandés par catégorie

Catégorie d'expertise	Minimum requis concernant la catégorie	Nombre de jours travaillés	Informations complémentaires
Catégorie I	Minimum expert 1	65 minimum	Il est attendu que le/la Team Leader soit un expert de catégorie I. Il/elle doit posséder une expertise senior en évaluation démontrable et cohérente avec les exigences de cette mission Dans le cas où l'équipe proposée comporte plusieurs experts de catégorie 1, il importe que le/la Team Leader fournisse pas moins de 30 jours ouvrables, dont au moins 20 sur le terrain.
Catégorie II	Minimum experts*	4 185 minimum	Il est attendu qu'au minimum 4 experts de Cat II participent à la phase de terrain et se rendent en RCA (l'absence d'un expert ou une mission de très courte durée devront être dûment justifiées dans la méthodologie)

* L'autorité contractante est tout à fait ouverte à avoir une équipe plus étoffée avec des missions plus courtes si cela est pertinent.

5 LIVRABLES

5.1 Contenu, date limites et format de remise des livrables

Pour la liste des rapports et livrables requis, veuillez-vous référer au chapitre 2.3 de ces Termes de référence.

Titre	Contenu	Langue	Calendrier indicatif ²³
Rapport de démarrage	"Voir la section 2.3 des présents termes de référence".	[FR]	T+15
Note documentaire		[FR]	T+35
Note de terrain		[FR]	T+65
Rapport provisoire		[FR]	T+85
Rapport final + résumé exécutif + annexe étude de cas		[FR] [EN] ²⁴	T+110
Supports de dissémination		[FR]	T+115

5.2 Nombre de copies du rapport

Outre sa soumission, la version approuvée du rapport final sera également fournie en 10 exemplaires papier et en version électronique sans frais supplémentaires. Se référer à la section 2.3.6 concernant les autres impressions attendues dans le cadre de cette évaluation.

5.3 Mise en forme des rapports

Tous les rapports seront produits en utilisant la police Arial ou Times New Roman, taille minimale des lettres 11 et 12 respectivement, espacement simple, recto-verso. Ils seront envoyés aux formats Word et PDF.

6 SUIVI ET ÉVALUATION

6.1 Contenu des rapports

Les livrables doivent répondre aux standards de qualité. Le texte des rapports doit être illustré, le cas échéant, par des cartes, des graphiques et des tableaux ; une carte des zones d'intervention est requise (à joindre en annexe).

6.2 Commentaires sur les livrables

Pour chaque rapport, le gestionnaire d'évaluation enverra au contractant les commentaires consolidés reçus du groupe de référence ou l'approbation du rapport dans un délai de 15 jours calendaires. Les rapports révisés suite aux dits commentaires seront soumis dans les 7 jours calendaires à compter de la date de réception des commentaires. L'équipe d'évaluation doit fournir un document séparé expliquant comment et où les commentaires ont été intégrés ou, le cas échéant, la raison pour laquelle certains commentaires n'ont pas été intégrés.

²³ Date de remise des livrables

²⁴ Une version du résumé exécutif devra être fournie en anglais

6.3 Évaluation de la qualité du rapport final et du résumé exécutif

La qualité des versions provisoires du rapport final et du résumé exécutif sera évaluée par le gestionnaire d'évaluation à l'aide de la grille d'évaluation de la qualité (quality assessment grid -QAG) (texte fourni dans l'annexe VII). Le contractant a la possibilité de commenter les appréciations formulées par le gestionnaire d'évaluation. La QAG sera ensuite révisée, après la soumission de la version définitive du rapport final et du résumé exécutif.

La grille d'évaluation de la qualité QAG, une fois compilée, servira à informer l'analyse globale de la Performance du contrat spécifique du Contrat Cadre SIEA par le gestionnaire d'évaluation.

7 INFORMATIONS PRATIQUES

Veuillez adresser toute demande d'éclaircissement et toute autre communication à l'adresse suivante :

INTPA-A4-TRUST-FUND-BEKOU@ec.europa.eu

ANNEXE I : RÉSULTATS ESCOMPTÉS ET PRINCIPALES ACTIVITÉS DES DEUX PROGRAMMES

- SANTE III

Résultats escomptés et principales activités

Les résultats escomptés, indicateurs clés et principales activités sont les suivants:

3.2.1. Composante 1: Renforcement du MSP dans sa fonction de gouvernance et leadership

Résultats escomptés:

- Les capacités du MSP au niveau central sont renforcées en termes de coordination sectorielle, régulation, suivi et évaluation, et inspection;
- Les Districts et Régions sanitaires disposent des ressources, compétences, et outils nécessaires en termes de gestion, suivi, contrôle et encadrement des FOSA.
- Les indicateurs de résultats (non exhaustifs) listés ci-dessous devront être inclus dans le cadre logique des projets financés sous la composante 1.
- Pourcentage de besoins identifiés dans le diagnostic organisationnel du MSP couverts par le programme de santé;
- Degré de fonctionnalité du mécanisme de coordination sectorielle du MSP (régularité des réunions, leadership du MSP, etc.);
- Degré d'avancement dans la mise en place de la réforme de l'approvisionnement en médicaments, y inclus la régulation (basé sur une évaluation thématique);
- Nombre de bénéficiaires des formations de renforcement des capacités au niveau central, régional et districts, qui ont acquis les compétences ciblées;
- Pourcentage de données SNIS fournies régulièrement par les COGES, Équipes-Cadres de District et Équipes-Cadres de Région dans les Districts sanitaires appuyés;
- Nombre d'inspections du médicament et des services de santé conduites par le MSP dans les districts appuyés;
- Nombre de FOSA qui mettent en œuvre une politique de santé communautaire élaborée par le MSP;
- Nombre de FOSA, Équipes-Cadres de District et Équipes-Cadres de Région qui appliquent une approche basée sur la performance;
- Nombre de FOSA, Districts et Régions sanitaires ciblés qui appliquent des procédures et méthodes harmonisées (par domaine de gestion: administration, ressources humaines, gestion financière, tarification, etc.);
- Nombre de personnel du MSP au niveau central, régional et de district formé sur les modules et manuels disséminés (par domaine de gestion);
- Nombre d'Équipes-Cadres de District qui maîtrisent et appliquent les modules de formation et manuels de référence fournis;

- Nombre d'Équipes-Cadres de District qui gèrent efficacement et de manière efficiente les appuis et subventions reçus;
- Nombre d'Équipes-Cadres de District et de Région Sanitaire qui effectuent efficacement la collecte et la remontée de données.
- Le cadre logique de chaque projet doit rendre compte de toutes les activités mises en œuvre par le partenaire. Tous les indicateurs doivent suivre les critères RACER11

Activités principales (non exhaustives):

- Appuyer le MSP dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes de coordination sectorielle;
- Appuyer le MSP dans la modernisation et l'harmonisation de la coordination opérationnelle du système national de santé et dans le pilotage des programmes/projets de santé;
- Appuyer le MSP dans le suivi et l'évaluation opérationnels des programmes/projets de santé;
- Appuyer le MSP dans la mise en place d'une réforme de l'approvisionnement en médicaments;
- Appuyer le MSP dans sa fonction d'inspection nationale du médicament et des services de santé à tous les niveaux du système de santé;
- Appuyer le MSP dans sa stratégie nationale de financement de la santé et gouvernance;
- Appuyer le MSP dans l'élaboration et la décentralisation d'une politique de santé communautaire;
- Appuyer des partenariats existants pour le développement de ressources humaines en santé, tels que par exemple la coopération entre des universités européennes et celle de Bangui pour la formation de pédiatres;
- Appuyer le MSP dans l'actualisation des protocoles de prise en charge des maladies par niveau de soins, le développement de modules de formation et de manuels de référence pour le renforcement des Équipes-Cadres de District et Équipes-Cadres de Région, ainsi que des agents communautaires;
- Appuyer la reconnaissance/qualification des ressources humaines communautaires travaillant dans les FOSA appuyés par le Fonds Bêkou;
- Former et appuyer les Districts et Régions sanitaires dans les domaines de leur fonction
- respective (par exemple: administration, gestion financière, encadrement, contrôle et vérification);
- Former les Équipes-Cadres de Région dans la vérification de la qualité de la performance des Équipes-Cadres de District;
- Former les Équipes-Cadres de District sanitaire dans la supervision, le suivi, le contrôle de la gestion financière des subsides, le contrôle du médicament, et l'accompagnement de la performance des FOSA.

3.2.2. Composante 2: Fourniture de services de santé de qualité et accompagnement des acteurs de santé locaux

Résultats escomptés:

- Des produits de santé de qualité sont mis à la disposition des FOSA appuyés pour la fourniture du PMA et PCA;
- Les FOSA appuyés disposent de personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante pour fournir le PMA et PCA;
- Les responsabilités sont graduellement transférées aux Équipes-Cadres de Districts et Comités de gestion des FOSA (gestion directe des ressources, recrutement du personnel, fourniture de services de santé, gestion des réhabilitations légères, etc.).

- Les indicateurs de résultats (non exhaustifs) listés ci-dessous suivent ceux du PTSS et du PISS, donc du SNIS, et devront être inclus dans le cadre logique de chaque projet financé sous la composante 2:
- Nombre de personnes ayant bénéficié de manière directe de la prestation de services de santé par district sanitaire, par type de prestation, par sexe et âge;
- Nombre de consultations curatives prestées par an (contribution au 3.2.3 PISS);
- Nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (CRUE n°18 et 3.1.3 PISS);
- Nombre de Consultations Périnatales (CPN) (3.1.2 PISS);
- Nombre de CPN 4 (3.1.2 PISS);
- Nombre d'enfants d'un an vaccinés (CRUE n°19 et 3.2.4 PISS), désagrégé par sexe;
- Nombre de femmes et d'enfants bénéficiant de programmes de nutrition (CRUE n°9);
- Nombre de cas de MAS sans complication prises en charge (3.2.5 PISS), désagrégé par sexe;
- Nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive (CRUE n°20 et 3.1.1 PISS);
- État (ou statut) du plan d'action opérationnel de district.

D'autres indicateurs de produits seront également repris dans les projets:

- Nombre de FOSA qui répondent aux normes du MSP en termes d'infrastructures;
- Nombre de jours de rupture de stock de médicaments MEG dans les FOSA;
- Nombre de FOSA qui répondent aux normes ministérielles en termes de personnel administratif et de santé;
- Nombre de COGES qui assument la gestion des FOSA de manière autonome;
- Nombre de FOSA qui appliquent une tarification harmonisée pour les soins et médicaments fournis aux groupes non ciblés par la gratuité;
- Montants annuels récoltés par les FOSA par le recouvrement des coûts appliqué au groupes non ciblés par la gratuité.
- En début de la phase 3 du programme, un atelier sera réalisé avec les ONG partenaires, afin de définir précisément les méthodes de mesure des indicateurs à utiliser et comprendre ensemble celles des quatre indicateurs de résultats de niveau 2 du CRUE.
- Le cadre logique de chaque projet doit rendre compte de toutes les activités mises en œuvre par le partenaire. Tous les indicateurs doivent suivre les critères RACER.

Activités principales (non exhaustives):

- Conduire une évaluation des capacités des COGES, des Équipes-Cadres de District et des Équipes-Cadres de Région;
- Élaborer et appliquer un plan de transfert des compétences par District Sanitaire, en tenant compte de la capacité et de la spécificité des Équipes-Cadres de District et des COGES des FOSA;
- Définir le processus et le plan de travail pour l'introduction d'une approche basée sur la performance et progressivement réorienter les activités vers le FBP dans les districts sanitaires où cette approche est faisable ;
- Accompagner les Équipes-Cadres de Région, les Équipes-Cadres de District et les COGES dans l'accomplissement de leurs fonctions respectives (vérification/contrôle, suivi, gestion, encadrement, surveillance épidémiologique, etc.), l'application des manuels/formations et des protocoles de soins, et l'utilisation efficace des outils de suivi et vérification;
- Accompagner les Équipes-Cadres de District et les Comités de gestion des FOSA dans le recrutement de personnel de qualité selon les normes définies par le MSP;
- Accompagner les COGES dans la gestion et l'allocation des subventions (primes de motivation, achats de petits équipements/matériels, frais de fonctionnement, etc.);

- Accompagner les FOSA dans la tarification et le recouvrement des coûts pour les groupes non ciblés par la gratuité;
- Former ou recycler les formations pour le personnel de santé des FOSA (sages-femmes, infirmiers/secouristes, agents communautaires, etc.);
- Approvisionner les FOSA en médicaments essentiels génériques (MEG) pour les groupes ciblés par la gratuité et en équipement de protection personnel;
- Doter les FOSA avec un stock initial en MEG constituant un "fonds de roulement" pour le recouvrement des coûts s'appliquant à la population non ciblée par la gratuité;
- Construire/réhabiliter les infrastructures locales en conformité avec les normes du MSP et les bonnes pratiques déjà enregistrées (par exemple, énergie solaire, eau courante, assainissement des déchets et sanitaires);
- Renforcer les capacités logistiques et matériels des FOSA, afin qu'elles puissent fournir les services de santé prévus dans le PMA et PCA et assumer leur fonction de collecte de données et de supervision des agents de santé communautaires.
- Appuyer le MSP et les agents de santé dans la riposte à la pandémie du Covid-19.

- RELSUDE

	Chaîne de résultats: principaux résultats attendus	Indicateurs	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Incidences (objectif général)	Renouveler le contrat social entre l'Etat et la population en accompagnement à l'accord de paix.	<p>a) Taux de mortalité d'enfants de moins de cinq ans (sur 1,000)*</p> <p>b) Taux de mortalité maternelle (sur 100,000)*</p>	<p>a) Données nationales et internationales</p> <p>b) Données banque mondiale</p> <p>c) Données banque mondiale</p>	Sans objet
Réalisation(s) [objectif spécifique]	Favoriser le relèvement socioéconomique et la réconciliation dans la zone sud est de la RCA selon une approche communautaire	<p>1.1 Nombre des femmes/jeunes filles qui ont été autonomisées dans leur intégration sociale et économique*</p> <p>1.2 Nombre de villages qui ont déclaré la Fin de Défécation à l'Aire Libre (FDAL)**</p> <p>1.3 ACDA et ANDE fonctionnelles sur le</p>	Rapports d'activité/ Données nationales	Contexte sécuritaire stable avec une engagement gouvernementale forte.

		<p>terrain pour effectuer la vulgarisation***</p> <p>1.4 Nombre de personnes qui ont accès à l'approvisionnement en eau amélioré et/ou installations sanitaires*</p> <p>1.5 Nombre d'entités de gouvernement local qui ont amélioré les fonctions de l'administration locale et la fourniture de services publiques**</p>		
Résultats/ produits (extrants et/ou réalisations à court terme)	<p>P1 : Les moyens d'existence et les capacités de résilience des acteurs économiques locaux sont renforcés</p>	<p>1.1 Nombre de groupements soutenus via des AGR avec l'appui de l'action*</p> <p>1.2 Nombre d'infrastructures / agropoles / centre de services améliorés/appuyés par l'action*</p> <p>1.3 Nombre de personnes ayant participé à des cours d'alphabétisation fonctionnelle / formation professionnelle avec l'appui de l'action (données désagrégées par sexe)*</p> <p>1.4 Nombre de jeunes formés avec l'appui de l'action (données désagrégées par sexe)*</p> <p>1.5 Nombre de jeunes bénéficiaires dans le cadre des THIMO avec l'appui de l'action (données désagrégées par sexe)***</p> <p>1.6 Nombre de faitières / associations / coopératives renforcées avec l'appui de l'action*</p>	<p>Rapports d'activité</p>	<p>Contexte sécuritaire stable avec une engagement gouvernementale forte.</p>
	<p>P2 : L'accès durable aux services sociaux de base de qualité, notamment en termes de santé et eau, des populations est renforcé</p>	<p>2.1 Nombre de personnes ayant bénéficié de manière directe et avec l'appui de l'action de la prestation de services de santé par district sanitaire, par type de prestation, par sexe et âge</p>	<p>2.1 – 2.7 Registre de consultations ; Registre des activités PMA ; Rapports SNIS mensuel ;</p>	

		<p>2.2 Nombre de consultations curatives prestées par an (contribution à l'indicateur 3.1.2 du Plan Intérimaire du Secteur de la Santé - PISS)*</p> <p>2.3 Nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (CRUE n°18 et indicateur 3.1.3 du PISS)*</p> <p>2.4 Nombre de Consultations Périnatales (CPN - CPN 4) (indicateur 3.1.2 du PISS)</p> <p>2.5 Nombre d'enfants d'un an vaccinés (CRUE n°19 et indicateur 3.2.4 du PISS) (désagrégé par sexe)</p> <p>2.6 Nombre de femmes et d'enfants bénéficiant de programmes de nutrition (CRUE n°9)</p> <p>2.7 Nombre de cas de MAS sans complication prises en charge (indicateur 3.2.5 du PISS) (désagrégé par sexe)</p> <p>2.8 Nombre de personnes sensibilisées sur les thématiques eau, hygiène et assainissement avec l'appui de l'action (données désagrégées par sexe)</p> <p>2.9 Nombre de COGES formés et fonctionnels (composante eau et assainissement) avec l'appui de l'action</p>	<p>Rapports d'activité</p> <p>2.8 – 2.12</p> <p>Rapports d'activité</p>	
		<p>2.10 Nombre de forages construits avec l'appui de l'action***</p> <p>2.11 Nombre de forages réhabilités avec l'appui de l'action*</p> <p>2.12 Nombre de latrines construites avec l'appui de l'action</p>		

	<p>P3 : Les tensions inter/intracommunautaire sont apaisées et les liens d'entraide et de solidarité renforcés</p>	<p>3.1 Nombre d'initiatives de rapprochement / médiation / dialogue / échange inter ou intracommunautaire initié par les communautés elles-mêmes (dont le CLPR) et appuyées par l'action</p> <p>3.2 Nombre de personnes formées et ayant acquis de nouvelles compétences sur les domaines de la protection et de la gestion pacifique des conflits avec l'appui de l'action (données désagrégées par sexe)*</p> <p>3.3 Nombre d'associations socio-culturelles et récréatives formées, appuyées et dotées d'un plan d'action avec l'appui de l'action*</p> <p>3.4 Nombre de survivantes ayant reçu de la part de l'action une assistance adéquate et holistique</p> <p>3.5 Nombre de radios appuyées par l'action</p>	<p>Rapports d'activité</p>	
	<p>P4 : Les capacités des autorités locales et des services techniques décentralisés sont renforcées afin de délivrer des services aux communautés</p>	<p>4.1 Nombre des bâtiments administratifs réhabilités avec l'appui de l'action*</p> <p>4.2 Nombre de personnes (personnel des autorités locales et leaders communautaires) ayant acquis de nouvelles compétences en matière de services publics*</p> <p>4.3 Nombre d'autorités locales participant dans les réunions de coordination appuyées par l'action</p>	<p>Rapports d'activité</p>	<p>Contexte sécuritaire stable avec une engagement gouvernementale forte.</p>

Les fiches d'action sont présentées en annexe : fiche d'action SANTE III (annexe IA) et RELSUDE (annexe Ib).

ANNEXE II : CRITÈRES D'ÉVALUATION

La définition et le nombre de critères d'évaluation du CAD ont changé suite à la publication (10 décembre 2019) du document " Critères d'évaluation : Définitions adaptées et principes d'utilisation" (DCD/DAC(2019)58/FINAL).

Les évaluateurs veilleront à ce que leur analyse respecte les nouvelles définitions de ces critères, leurs notes explicatives et le document d'orientation. Ceux-ci peuvent être consultés à l'adresse [suivante](https://www.oecd.org/dac/evaluation/dacriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm) :

Sauf indication contraire au chapitre 2.1, l'évaluation portera sur l'intervention en utilisant les six critères d'évaluation standard du CAD et le critère de valeur ajoutée de l'UE, qui est un critère d'évaluation spécifique de l'UE. Leurs définitions succinctes sont présentées ci-dessous :

CRITÈRES DU CAD

- **Pertinence** : « Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions et demeurent pertinents même si le contexte évolue. »
- **Cohérence** : « Mesure dans laquelle l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution. »
- **Efficacité** : « Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être, y compris les résultats différenciés entre populations. »
- **Efficiences** : « Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps. »
- **Impact** : Mesure dans laquelle l'intervention a produit, ou devrait produire, des effets importants et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non."
- **Durabilité** : « Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer. »

CRITÈRE SPÉCIFIQUE À L'UE

- **Valeur ajoutée de l'UE** : le critère d'évaluation sera adapté à l'instrument du Fonds Fiduciaire qui selon le règlement financier de l'UE doit apporter « une valeur ajoutée, ce qui signifie que les objectifs des fonds fiduciaires de l'Union, en particulier pour des raisons d'échelle ou d'effets potentiels, peuvent être mieux atteints au niveau de l'Union qu'au niveau national et l'utilisation des instruments de financement existants ne serait pas suffisante pour atteindre les objectifs des politiques de l'Union. » (article 234)

<https://op.europa.eu/fr/publication-detail/-/publication/e9488da5-d66f-11e8-9424-01aa75ed71a1>

ANNEXE III : INFORMATIONS QUI SERONT FOURNIES À L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

La liste suivante est une liste indicative des documents que l'autorité contractante mettra à la disposition des évaluateurs sélectionnés peu après la signature du contrat :

- les textes juridiques et les engagements politiques relatifs à l'intervention ou aux interventions à évaluer ;
- document de stratégie nationale et programmes indicatifs nationaux (et équivalents) pour les périodes couvertes ;
- les politiques et plans nationaux/sectoriels pertinents des partenaires nationaux et locaux et des autres donateurs ;
- convention de financement des interventions et avenants ;
- les notes mensuelles produites par les partenaires ;
- les rapports d'avancement annuels de l'intervention,
- les rapports techniques tels que ceux produits dans le cadre de l'assistance technique;
- les rapports ROM de la Commission européenne, et autres rapports de suivi externe et interne de l'intervention ;
- les rapports d'évaluation des phases précédentes du programme et autres évaluations, audits et rapports pertinents ;
- la documentation pertinente des partenaires nationaux/locaux et des autres donateurs ;
- les notes techniques produites par le Health Advisory Service ;
- des conseils pour des évaluations sensibles au genre ;
- le calendrier et les procès-verbaux de toutes les réunions du comité de pilotage de la ou des interventions ;
- tout autre document pertinent.

Note : L'équipe d'évaluation doit identifier et obtenir tout autre document méritant d'être analysé, par le biais de recherches indépendantes et lors d'entretiens avec des personnes-ressources et des parties prenantes de l'intervention.

ANNEXE IV : LA MATRICE D'ÉVALUATION

La matrice d'évaluation (ci-après « la matrice ») accompagnera l'ensemble de l'évaluation en résumant sa **conception méthodologique (partie A, à remplir et à inclure dans le rapport de démarrage)** et en **documentant les éléments analysés** pour répondre à chaque QE (partie B).

La matrice complète (parties A et B) doit être incluse dans tous les rapports qui seront produits. Utilisez un tableau (parties A et B) pour chaque question d'évaluation (QE) et ajoutez ou supprimez autant de lignes que nécessaire pour refléter les critères de jugement et les indicateurs sélectionnés. Supprimez les conseils et les notes de bas de page lorsque vous incluez la matrice dans les rapports.

PARTIE A - Conception de l'évaluation

EQ1 : "XX ?"				
Critères d'évaluation couverts ²⁵				
Critères de jugement (JC) ²⁶	Indicateurs (Ind) ²⁷	Sources d'information		Méthodes / outils
		Primaire	Secondaire	
JC 1.1 -	I 1.1.1 -			
	I 1.1.2 -			
	I 1.1.3 -			
JC 1.2 -	I 1.2.1 -			
	I 1.2.2 -			
	I 1.2.3 -			
JC 1.3 -	I 1.3.1 -			
	I 1.3.2 -			
	I 1.3.3 -			

PARTIE B – Registre des éléments probants

²⁵ Quel(s) critère(s) d'évaluation est/sont abordé(s) par cette QE ?

²⁶ Décrivez chaque CC sélectionné et numérotez-les comme illustré dans le modèle ; la première valeur numérique représente le QE auquel le CC se réfère.

²⁷ Comme ci-dessus. Les deux premières valeurs numériques représentent les CC auxquelles les indicateurs se réfèrent. Le nombre de CC et d'indicateurs par CC tel qu'indiqué dans le tableau est purement illustratif. Le tableau doit être adapté à votre évaluation spécifique et refléter les CC et indicateurs appropriés.

Ind ²⁸	Données sur la situation initiale ²⁹	Preuves recueillies/analysées	Qualité des preuves ³⁰
I 1.1.1			
I 1.1.2			
I 1.1.3			
I 1.2.1			
I 1.2.2			
I 1.3.1			

²⁸ Utilisez la même numérotation que dans la partie A ; il n'est pas nécessaire de décrire les indicateurs.

²⁹ Dans le cas où elles sont disponibles. Cette colonne peut également être utilisée pour enregistrer les données à mi-parcours (si elles sont disponibles).

³⁰ Notez comme suit : 0 (aucune preuve), 1 (quelques preuves), 2 (preuves suffisantes), 3 (preuves concluantes).

ANNEXE V : STRUCTURE DES RAPPORTS

1. RAPPORT DE DEMARRAGE (à remettre à la fin de la phase de démarrage)

Le format du rapport de démarrage est libre et doit avoir une longueur maximale de 20 pages, sans compter les annexes ; il doit contenir au moins les éléments suivants :

Introduction	Brève description du contexte de l'évaluation, de ses objectifs et de son orientation.
Logique d'intervention reconstruite	Elle se fondera sur une analyse initiale des sources secondaires et sur la consultation des principales parties prenantes.
Cartographie des parties prenantes	Format libre ; elle représentera les principales parties prenantes de l'intervention ou des interventions évaluées et leurs relations avec l'intervention ou les interventions.
Questions d'évaluation finalisées avec critères de jugement et indicateurs (matrice d'évaluation, partie A)	Voir canevas
Méthodologie d'évaluation	Cela comprend : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aperçu de l'ensemble du processus et des outils d'évaluation ○ Stratégie de consultation ○ Etudes de cas ○ Approche de la phase suivante de l'évaluation, y compris la planification des missions
Analyse des risques liés à la méthodologie d'évaluation et mesures d'atténuation	Sous forme de tableau (format libre)
Règles d'éthique	Y compris, mais sans s'y limiter, la prévention des préjudices et des conflits d'intérêts, les consentements éclairés, la confidentialité et la sensibilisation à la gouvernance et aux réglementations locales.
Plan de travail	Il s'agit d'une description en texte libre des plans et de leur représentation en format Gantt.

Ce rapport devra également proposer les formats des événements de restitution et du/des supports de communication.

2. RAPPORT DOCUMENTAIRE (à remettre à la fin des activités documentaire)

Le format du rapport de synthèse est libre et doit avoir une longueur maximale de 15 pages hors annexes ; il doit contenir au moins les éléments suivants :

Introduction	
--------------	--

Contexte et éléments méthodologiques clés	Avec indication de : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'approche globale de l'évaluation ○ Activités documentaires: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collecte et analyse des données ▪ Aperçu des outils et techniques utilisés ○ Contraintes et limites
Constats préliminaires	Réponses préliminaires à chaque QE, avec indication (sous forme de tableau) des hypothèses à tester sur le terrain et des lacunes en matière d'information.
Mise à jour de l'approche-terrain et du plan de travail [à n'inclure que si cela est pertinent].	
Principales annexes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réponses préliminaires par critères de jugement ○ Matrice d'évaluation actualisée (partie A + partie B)

3. NOTE DE TERRAIN INTERMÉDIAIRE (à remettre à la fin des activités de terrain)

Le format de la note de terrain intermédiaire est libre et doit avoir une longueur maximale de 10 pages, hors annexes ; elle doit contenir au moins les éléments suivants :

liste des activités entreprises
difficultés rencontrées et les mesures d'atténuation adoptées
constats intermédiaires/préliminaires
conclusion globale préliminaire (à tester avec le groupe de référence)

4. PROJET DE RAPPORT FINAL ET RAPPORT FINAL (à remettre à la fin de la phase de synthèse)

Le projet final et le rapport final ont la même structure, le même format et le même contenu. Ils doivent être cohérents, concis et clairs et exempts d'erreurs linguistiques tant dans la version originale que dans leur traduction, si celle-ci est prévue. Le rapport final ne doit pas dépasser 50 pages, résumé exécutif et annexes non compris. La présentation doit être correctement espacée, et l'utilisation de graphiques et de tableaux clairs et de paragraphes courts est fortement recommandée.

La page de couverture du rapport final doit comporter le texte suivant :

"Cette évaluation est soutenue et pilotée par le Fonds Bêkou et présentée par [nom de la société de consultance]. Le rapport ne reflète pas nécessairement les vues et les opinions du Fonds Bêkou".

Les principales sections du rapport d'évaluation doivent être les suivantes :

Résumé exécutif	Le résumé exécutif doit mettre en évidence l'objectif de l'évaluation, les méthodes utilisées, les principaux résultats de l'évaluation, les conclusions et les recommandations. Il doit être conçu comme un document indépendant et faire 10 pages maximum.
-----------------	--

1. Introduction	Une description de l'intervention, du contexte du pays/région/secteur concerné et de l'évaluation, fournissant au lecteur des explications méthodologiques suffisantes pour juger de la crédibilité des conclusions et en reconnaître les limites ou les faiblesses, le cas échéant.
2. Constats	Un chapitre présentant les réponses aux questions d'évaluation principales, étayées par des éléments probants et un raisonnement. Les conclusions par critère de jugement et les preuves détaillées par indicateur sont incluses dans une annexe au rapport.
3. Évaluation globale (<i>facultatif</i>)	Un chapitre synthétisant toutes les réponses aux questions d'évaluation en une évaluation globale de l'intervention. La structure détaillée de l'évaluation globale doit être affinée au cours du processus d'évaluation. Le chapitre pertinent doit articuler tous les résultats, conclusions et leçons d'une manière qui reflète leur importance et facilite la lecture. La structure ne doit pas suivre les questions d'évaluation, le cadre logique ou les critères d'évaluation.
4. Conclusions et recommandations	
4.1 Conclusions	Ce chapitre contient les conclusions de l'évaluation, organisées par critère d'évaluation. Afin de permettre une meilleure communication des messages d'évaluation qui sont adressés à la Commission, il est possible de présenter un tableau organisant les conclusions par ordre d'importance, ou un paragraphe ou sous-chapitre soulignant les trois ou quatre conclusions majeures organisées par ordre d'importance, tout en évitant d'être répétitif.
4.2 Recommandations	Elles sont destinées à améliorer ou à réformer l'intervention dans le cadre du cycle en cours, ou à préparer la conception d'une nouvelle intervention pour le cycle suivant. Les recommandations doivent être regroupées et hiérarchisées. Elles doivent soigneusement viser les publics-cibles appropriés à tous les niveaux, notamment au sein de la structure de la Commission européenne.
4.3 Leçons apprises	Les leçons apprises généralisent les conclusions et traduisent l'expérience passée en connaissance pertinente qui devrait aider la prise de décision, améliorer les performances et permettre l'obtention de meilleurs résultats. Idéalement, ces leçons devraient soutenir le travail des institutions européennes et des institutions partenaires concernées.
Annexes au rapport	Le rapport doit comprendre les annexes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Termes de référence de l'évaluation ;

	<ul style="list-style-type: none"> • les noms des évaluateurs (les CV peuvent être présentés, mais résumés et limités à une page par personne) ; • une méthodologie d'évaluation détaillée comprenant : la matrice d'évaluation ; les options prises ; les difficultés rencontrées et les limites ; le détail des outils et des analyses ; • réponse détaillée par critère de jugement ; • matrice d'évaluation avec les données recueillies et analysées par indicateur (EQ/JC) ; • Matrices de logique d'intervention/cadre logique (planifié/réel et amélioré/mise à jour) ; • Les études de cas demandées ; • la ou les cartes géographiques pertinentes où l'intervention a eu lieu ; • liste des personnes/organisations consultées ; • la littérature et la documentation consultées ; • autres annexes techniques si pertinent (par exemple, analyses statistiques, tables des matières et figures, matrice des éléments probants, bases de données)
--	--

Ce rapport devra également proposer un agenda pour les deux restitutions ainsi que des visuels pour le/les supports de communication.

5. RESUME EXECUTIF

Un résumé exécutif en français et en anglais doivent être préparés et inclus dans le rapport final (veuillez-vous référer tableau précédent, détaillant le contenu du rapport final).

ANNEXE VI : CALENDRIER DE PLANIFICATION

Cette annexe doit être incluse par les contractants-cadres dans l'organisation et la méthodologie de leur contrat spécifique et en constitue une partie intégrante.

Les contractants-cadres peuvent ajouter autant de lignes et de colonnes que nécessaire.

Les phases de l'évaluation doivent refléter celles indiquées dans les présents termes de référence.

		Durée indicative en jours de travail ³¹		
Activité	Lieu	Chef d'équipe	Évaluateur...	Dates indicatives
Phase de démarrage : total jours				
•				
•				
Activités documentaire : total jours				
•				
•				
Activités de terrain : total jours				
•				
•				
Phase de synthèse : total jours				
•				
•				
Phase de dissémination : total jours				
•				
•				
TOTAL Jours de travail (maximum)				

³¹ Ajoutez une colonne pour chaque évaluateur

ANNEXE VII : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ EVAL

La qualité du rapport final sera évaluée par le gestionnaire d'évaluation (après la soumission du projet de rapport et du résumé exécutif) à l'aide de la grille d'évaluation de la qualité suivante. La grille sera partagée avec l'équipe d'évaluation, qui pourra y inclure ses commentaires.

Evaluation d'intervention (Projet/Programme)– Grille d'évaluation de la qualité du rapport final			
Information sur l'évaluation			
Titre de l'évaluation			
Évaluation gérée par		Type d'évaluation	
Réf. CRIS du contrat d'évaluation		Réf. EVAL	
Budget de l'évaluation			
DUE/Unité en charge		Gestionnaire d'évaluation	
Dates de l'évaluation		Début :	Fin :
Date du rapport final provisoire		Date de réponse des services	
Commentaires			
Information sur le projet			
Principal projet évalué			
N° ABAC			
Secteur CAD			
Information sur le contractant			
Chef de l'équipe d'évaluation		Contractant de l'évaluation	
Expert(s) évaluateur(s)			

Légende : résultats et signification

Très bien : critère complètement satisfait, d'une manière claire et adéquate

Bien : critère satisfait

Faible : critère partiellement satisfait

Très faible : critère globalement non satisfait ou pas du tout rempli

Le rapport d'évaluation est évalué comme suit

1. Clarté du rapport

Ce critère analyse dans quelle mesure le résumé exécutif et le rapport final:

- sont facilement lisibles, compréhensibles et accessibles aux lecteurs cibles concernés ;
- mettent en évidence les messages clés ;
- comportent des chapitres et des annexes de longueur équilibrée ;
- contiennent des graphiques, tableaux et diagrammes pertinents facilitant la compréhension ;
- contiennent une liste d'acronymes (uniquement pour le rapport) ;
- évitent les répétitions inutiles ;
- ont fait l'objet d'une vérification linguistique pour éviter les formulations imprécises, les fautes d'orthographe et les erreurs de grammaire.
- le résumé exécutif est une synthèse adéquate du rapport complet et constitue un document autonome.



Forces	Faiblesses	Score
Commentaires du contractant	Commentaires du contractant	

2. Fiabilité des données et solidité des preuves

Ce critère analyse dans quelle mesure:

- Les données/preuves ont été rassemblées conformément à la méthodologie
- Le rapport tient compte, s'il y a lieu, des preuves découlant d'études, de rapports de supervision et/ou d'évaluations de l'UE et/ou d'autres partenaires pertinents
- Le rapport contient une description claire des limitations des preuves, des risques de partialité et des mesures atténuantes



Forces	Faiblesses	Score
Commentaires du contractant	Commentaires du contractant	

3. Validité des constats

Ce critère analyse dans quelle mesure :

- Les constats découlent des preuves recueillies ;
- Les constats répondent à tous les critères d'évaluation sélectionnés
- Les constats résultent d'une triangulation appropriée de différentes sources clairement identifiées ;
- Lors de l'évaluation de l'effet de l'intervention de l'UE, Les constats décrivent et expliquent les liens de cause à effet les plus pertinents entre les produits, les effets directs et les impacts ;



<ul style="list-style-type: none"> L'analyse des preuves est exhaustive et prend en compte les facteurs contextuels et externes. 		
Forces	Faiblesses	Score
Commentaires du contractant	Commentaires du contractant	Score
4. Validité des conclusions		
<p>Ce critère analyse dans quelle mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les conclusions sont logiquement liées aux constats, et vont au-delà de ceux-ci pour fournir une analyse exhaustive ; Les conclusions traitent de manière appropriée les critères d'évaluation sélectionnés et toutes les questions d'évaluation, y compris dans leurs dimensions transversales ; Les conclusions prennent en considération les différents groupes de parties prenantes de l'évaluation ; Les conclusions sont cohérentes et équilibrées (c'est-à-dire qu'elles présentent une image crédible des forces comme des faiblesses), et sont exemptes de considérations personnelles ou partisans ; (Le cas échéant) le rapport indique quand les constats ne sont pas suffisants pour conclure sur des questions spécifiques. 		
		
Forces	Faiblesses	Score
Commentaires du contractant	Commentaires du contractant	Score
5. Utilité des recommandations		
<p>Ce critère analyse dans quelle mesure les recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> sont clairement reliées aux conclusions et en découlent ; sont concrètes, réalisables et réalistes ; sont adressées à des destinataires spécifiques ; sont regroupées (le cas échéant), classées par ordre de priorité et si possible assorties d'une dimension temporelle ; (le cas échéant) fournissent des conseils pour la stratégie de sortie de l'intervention, la durabilité post-intervention ou l'ajustement de la conception ou de la planification de l'intervention. 		
		
Forces	Faiblesses	Score
Commentaires du contractant	Commentaires du contractant	Score

6. Intérêt de l'analyse des leçons apprises (si demandée par les TdR ou incluse par les évaluateurs)	
<p>Ce critère est à évaluer uniquement s'il est requis par le TdR ou s'il est inclus par les évaluateurs et il ne doit pas être noté. Il analyse dans quelle mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enseignements à tirer sont identifiés ; • Le cas échéant, s'ils sont généralisés en terme de pertinence plus large pour la(les) institution(s). 	
Forces	Faiblesses
Commentaires du contractant	Commentaires du contractant
Commentaires finaux sur la qualité globale du rapport	
Score global	



ANNEXE VIII : CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE

Le pouvoir adjudicateur sélectionne l'offre qui présente le meilleur rapport qualité-prix en utilisant une relation 80/20 entre la qualité technique et le prix³².

GRILLE DE CRITERES

La qualité technique est évaluée sur la base de la grille suivante :

Critères	Maximum
Score total pour l'Organisation et la Méthodologie	50
1. Compréhension des TdR et des objectifs des services à fournir	10
2. Approche méthodologique globale, approche du contrôle qualité, adéquation des outils utilisés et estimation des difficultés et des enjeux rencontrés	25
3. Valeur ajoutée technique, soutien et rôle des membres du consortium impliqués	5
4. Organisation des tâches et du temps	10
Score total pour l'expertise de l'équipe proposée	50
Score global total	100

SEUIL TECHNIQUE

Toute offre en dessous du seuil technique de 75 sur 100 points sera automatiquement rejetée.

INTERVIEWS PENDANT L'ÉVALUATION DES OFFRES

Pendant la phase d'évaluation des offres reçues, le pouvoir adjudicateur se réserve le droit de réaliser des entretiens téléphoniques avec un ou plusieurs membres de l'équipe d'évaluation proposée.

³² Pour en savoir davantage sur la règle 80/20, veuillez consulter le PRAG, chapitre 3.3.10.5 - https://ec.europa.eu/europeaid/funding/about-funding-and-procedures/procedures-and-practical-guide-prag_en

ANNEXE IX : RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA PHASE I ET II DU PROGRAMME SANTÉ



A - RCA - RAPPORT
EXECUTIF - Version f

•



B- RCA - RAPPORT
FINAL - Version final

•