

TERMES DE RÉFÉRENCE SPÉCIFIQUES – PARTIE A

Evaluation finale de l'appui complémentaire du Programme d'Appui à la Politique Sectorielle santé II

(PAPSII)

- 1. Devis programme dans le cadre de la mise en œuvre du PAPS II*
- 2. Assistance technique auprès du ministère de la santé pour la mise en œuvre de la politique santé II (PIN 11ème FED)*
- 3. ONG et instituts de recherche œuvrant dans le cadre de la mise en œuvre du PAPS II*

Contrat Cadre SIEA 2018 - LOT 4: Human Development and safety net

Europe Aid /138778/DH/SER/multi

FED/2016 /038-564

AUTORITE CONTRACTANTE: DÉLÉGATION DE L'UNION EUROPÉENNE AU BURKINA FASO

1	CONTEXTE	3
1.1	CONTEXTE DU PAYS.....	3
1.2	L'INTERVENTION A EVALUER	5
1.3	PARTIES PRENANTES DE L'INTERVENTION	10
1.4	PRECEDENTS MECANISMES DE SUIVIS INTERNES ET EXTERNES (Y C. ROM), D'ÉVALUATIONS ET AUTRES ETUDES ENTREPRISES.....	10
2	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNEE	10
2.1	OBJECTIFS DE L'EVALUATION ET CRITERES D'EVALUATION	10
2.2	QUESTIONS D'EVALUATION INDICATIVES	11
2.3	STRUCTURATION DE L'EVALUATION ET PRODUITS	12
2.4	ORGANISATION ET METHODOLOGIE DU CONTRAT SPECIFIQUE (OFFRE TECHNIQUE)	16
2.5	GESTION ET PILOTAGE DE L'EVALUATION	17
2.6	LANGUE SPECIFIQUE DU CONTRAT ET DES LIVRABLES	17
3	LOGISTIQUE ET CALENDRIER	17
3.1	PLANIFICATION, Y COMPRIS LA PERIODE DE NOTIFICATION POUR LA MOBILISATION DE L'ÉQUIPE	18
4	SERVICES REQUIS	18
5	RAPPORTS	18
5.1	UTILISATION DU MODULE EVAL PAR LES EVALUATEURS.....	18
5.2	NOMBRE DE COPIES DU RAPPORT	18
5.3	MISE EN FORME DES RAPPORTS	18
6	SUIVI ET ÉVALUATION	18
6.1	CONTENU DES RAPPORTS.....	18
6.2	COMMENTAIRES SUR LES LIVRABLES	18
6.3	ÉVALUATION DE LA QUALITE DU RAPPORT FINAL ET DU RESUME EXECUTIF.....	19
7	INFORMATIONS PRATIQUES	19
	ANNEXE I : MATRICE DU CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) DE L'INTERVENTION	21
	ANNEXE II : CRITÈRES D'ÉVALUATION	29
	ANNEXE III : INFORMATIONS QUI SERONT FOURNIES À L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION	30
	ANNEXE IV : LA MATRICE D'ÉVALUATION	31
	ANNEXE V : STRUCTURE DES RAPPORTS	32
	ANNEXE VI : CALENDRIER DE PLANIFICATION	33
	ANNEXE VII : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ EVAL	34

1 CONTEXTE

1.1 Contexte du pays

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, d'une superficie d'environ 274 200 km² et limité par le Mali (Nord-Ouest), le Niger (Nord-Est), le Bénin (Sud-Est) et la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo (Sud).

La population burkinabè croît à un rythme élevé faisant passer son effectif de 10 312 609 habitants en 1996 à 14 017 262 habitants en 2006 puis 20 487 979 habitants en 2019. Cette population compte plus de femmes que d'hommes avec 51,7% de femmes en 2019. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 46,68% de l'ensemble de la population féminine. Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. En effet, le ratio de mortalité maternelle était de 484 pour 100 000 naissances vivantes. Il est de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile est de 91,7 pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 141,9 pour 1000 naissances vivantes.

Le pays reste vulnérable aux chocs exogènes tels que les variations pluviométriques, les crises financières et pétrolières internationales et l'instabilité régionale due aux crises sociopolitiques. Le niveau de l'Indice de Développement humain (IDH) du Burkina Faso était de 0,452 en 2019, le classant dans la catégorie des pays à faible niveau de développement et au 182e rang parmi 189 pays et territoires classés.

L'économie burkinabè a connu un net rebond en 2016 (+4,4%) suivi par une phase de consolidation qui a porté la croissance jusqu'à 6,7% en 2018. En 2020, la croissance est tombée à 2,5% sous les effets conjugués de la pandémie de la COVID-19, de l'insécurité persistante et de la poursuite des mouvements de revendications sociales.

Au niveau politique, les années récentes ont été marquées par une forte instabilité, qui a eu des répercussions importantes sur la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales. Les principaux événements politiques sont :

- octobre 2014 : soulèvement populaire entraînant le renversement du président et la chute du régime politique ;
- novembre 2014 à décembre 2015 : mise en place d'une transition militaro-civile (CNT), qui fût elle-même gravement perturbée par une tentative de coup d'état militaire en septembre 2015 ;
- décembre 2015 : élection d'un président et mise en place d'un nouveau gouvernement qui marque le rétablissement des institutions démocratiques début d'année 2016 jusqu'en janvier 2022 ;
- janvier 2022 : coup d'Etat militaire ayant mis fin au régime démocratique ;
- septembre 2022 : 2^{ème} coup d'Etat militaire. Le pouvoir est toujours dirigé par un militaire de nos jours

Sur le plan structurel, le système de santé est organisé en trois (3) niveaux :

- le niveau central qui est responsable de l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
- le niveau intermédiaire qui est chargé de la coordination et de l'appui aux districts sanitaires ;
- le niveau périphérique, l'Equipe Cadre de District est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

Le Burkina Faso s'est doté de référentiels stratégiques au niveau du secteur de la santé en vue d'un développement harmonieux et intégré du pays. Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) traduit ainsi la volonté du Gouvernement à travers le ministère de la Santé (MS) et ses partenaires

d'apporter des réponses aux questions de santé de la population du Burkina Faso. Ces documents traduisent la définition de politiques et de normes, l'adoption de lois et autres conventions relatives à la santé, l'accroissement de ressources en faveur de la santé grâce au développement du partenariat et la mise en œuvre du panier commun. Le Ministère de la santé est à sa troisième expérience de formulation d'un Plan décennal après le PNDS I (2001-2010) et le PNDS II (2011-2020). Celui en cours est le PNDS III (2021-2030).

Les principaux problèmes prioritaires déclinés étaient entre autre une faible performance du système de santé en termes de gouvernance et de prestations de services, un état de santé de la population caractérisé par une forte charge de morbidité et une surmortalité chez la mère et l'enfant, une malnutrition et une sécurité sanitaire des aliments peu satisfaisants (environ 30% de la population est confrontée à une insécurité alimentaire chronique) , une insuffisance en quantité et en qualité des ressources humaines et une gestion peu performante du système d'information sanitaire.

Le PNDS 2011-2020 visait à contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations avec impact :

- une réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 184 pour 1000 naissances vivantes à 54,69 pour 1000 en 2020 ;
- une réduction du ratio de mortalité maternelle de 484 pour 100 000 NV à 242 pour 100 000 NV en 2020 ;
- une réduction du taux de mortalité néonatale de 31 pour 1000 à 9,16 pour 1000 en 2020.

Pour faire face à ces défis, l'UE à travers le Programme d'Appui à la Politique santé II, accompagne le Burkina Faso pour la mise en œuvre de la couverture universelle santé et la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Le PAPS II contribue à atteindre progressivement l'objectif spécifique 3 de :

- La contribution directe au budget de l'Etat et le dialogue avec le Gouvernement sur les priorités du secteur de la santé ;
- L'assistance technique (AT) au Ministère de la santé en matière de développement institutionnel, coordination/pilotage et suivi évaluation.
- L'appui spécifique aux ONG pour soutenir l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

Les contrats signés dans la mise en œuvre du PAPSII sont dans le tableau ci-dessous

n° contrat	Etat	Intitulé	Date de fin des activités	Montant EUR
FED/2019/410-712	En cours	Fourniture d'assistance technique et gestion du financement de l'appui institutionnel du PAPS 2	13/02/2023	1 754 550
FED/2018/394-510	En cours	Fourniture d'assistance technique et gestion du financement de l'appui institutionnel du PAPS 2	13/02/2023	3 657 700
FED/2019/407-596	Terminé	Subvention à l'INSP - Institut National de Santé Publique pour la production d'évidences sur le financement public de la santé et sur la protection de la santé des populations	10/04/2022	999 914
FED/2019/404-038	Terminé	Production et utilisation de données factuelles pour l'aide aux décisions dans le cadre de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso	13/02/2022	900 000
FED/2018/394-592	Terminé	Promotion des droits à la santé de l'enfant de de la femme dans la région des Hauts-Bassins	08/06/2021	1 100 000
FED/2017/394-211	En cours	Vérification financière de devis	30/06/2023	52 113

		programme pluriannuel du Programme d'appui à la Politique sectorielle santé II (PAPS II) financée par le 11ème FED		
FED/2018/383-693	Terminé	Devis programme PAPS 2	30/06/2022	1 699 998.63
FED/2018/394-590	Terminé	Veille communautaire dans la région de la Boucle du Mouhoun et le district sanitaire de Séguénéga	12/03/2021	899 315.99

1.2 L'intervention à évaluer¹

Cette évaluation couvre l'appui complémentaire de l'intervention financée par l'UE. L'appui budgétaire n'est pas concerné par l'évaluation.

Le programme se présente comme suit :

Titre de l'intervention à évaluer	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'appui à la politique Sanitaire II 	
Budget de l'intervention à évaluer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 84 000 000 EUR - 70 000 000 EUR au titre de l'appui budgétaire ; - 13 200 000 EUR au titre de l'appui complémentaire ; - 800 000 EUR audit, évaluation, imprévus ; - 210 526,31 EUR de contribution pour appels à propositions "société civile" et "instituts de recherche" (gestion directe) ; - 1 000 000 EUR à titre de montant indicatif de contribution du pays partenaire au financement de l'action. 	
Numéro CRIS et/ou OPSYS de l'intervention à évaluer	<ul style="list-style-type: none"> BF/FED/038-564 	
Dates de l'intervention à évaluer	<ul style="list-style-type: none"> Start date: 	<ul style="list-style-type: none"> Début : 13/10/2016
	<ul style="list-style-type: none"> End date: 	<ul style="list-style-type: none"> Fin : 13/06/2023

Le programme santé PAPS2 du 11e FED qui a succédé au PAPS1, a pour but de contribuer à la couverture universelle santé et ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans le cadre du 11^e FED santé. Le Burkina Faso et l'Union Européenne ont signé le 13 octobre 2016, une convention de financement dans le cadre du 11ème FED concernant le Programme d'Appui à la Politique Sectorielle, phase 2 (PAPS 2). D'un montant de 84 millions d'euros dont 82,12 millions de contribution FED, le programme vise à appuyer la mise en œuvre de la politique sectorielle santé et appuyer les réformes sectorielles en cours : décentralisation intégrale, mise en place de l'Assurance Maladie Universelle, Réforme de la gestion des Ressources Humaines, Réforme des finances publiques avec l'approche budget-programme, la gestion et planification axée sur les résultats, etc.

¹ Le terme "intervention" est utilisé tout au long du rapport comme synonyme de "projet et programme".

Le programme comprend un Appui Budgétaire Sectoriel (70 millions d'euros) mis en œuvre à travers un contrat de réforme sectorielle et d'un appui complémentaire qui inclut notamment le contrat d'Assistance Technique et gestion du financement de l'appui institutionnel du PAPS 2, objet du présent Appel d'Offres. Des contrats de subventions avec la CNAM, des OSC, et des Instituts de recherche, un Devis-Programme Unique et la gestion directe de certains fonds, font aussi partie des modalités de mise en œuvre de l'appui complémentaire.

Le PAPS2 a pour objectif général de Contribuer à la couverture universelle santé et ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et trois objectifs spécifiques.

- (1) Améliorer la qualité de soins au niveau des formations sanitaires de premier niveau et des Centres Hospitaliers Régionaux,
- (2) Opérationnaliser l'Assurance Maladie Universelle pour améliorer et pérenniser l'accès financier aux soins des enfants et des femmes enceintes à l'échelle du pays et
- (3) Renforcer le leadership du ministère de la Santé en matière de priorisation basée sur l'évidence, de mobilisation, d'allocation et d'utilisation des ressources sanitaires.

Population bénéficiaire directe couverte :

2 Régions Sanitaires, Boucle du Mouhoun et Hauts Bassins : 2.597.874 d'habitants.

Les objectifs spécifiques 1 à 3 répondent à des problématiques spécifiques :

- (i) L'objectif spécifique 1 vise l'amélioration de la qualité de soins dans les centres de santé, centre médicaux et centres hospitaliers régionaux à travers une planification basée sur le résultat et dans le contexte des exemptions, de l'assurance maladie et de la décentralisation.
- (ii) L'objectif spécifique 2 vise l'opérationnalisation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'intégration des mesures d'exemption des enfants de 0-5 ans et des femmes enceintes dans l'assurance maladie.
- (iii) L'objectif spécifique 3 vise à renforcer le leadership du Ministère de la santé dans la mobilisation des ressources, la priorisation des actions et l'allocation de ressources en conséquence et le déploiement des ressources financières et humaines. Pour mener à bien ce programme, il est aussi nécessaire d'appuyer le ministère de la santé à mener les réformes sectorielles.

Objectifs spécifiques et produits induits attendus du PAPS2

Ce programme s'inscrit dans l'Agenda 2030. Il contribue principalement à atteindre progressivement l'objectif 3 des ODD mais il favorise aussi les progrès vers l'obtention de l'objectif 2.

L'objectif global de l'action est de contribuer à la couverture universelle santé et ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les objectifs spécifiques du programme et leurs résultats afférant sont:

Objectif Spécifique 1 : Améliorer la qualité de soins au niveau des formations sanitaires de premier niveau et des Centres Hospitaliers Régionaux :

Produit induit 1.1 : Les capacités des districts sanitaires et des collectivités locales à soutenir des soins de qualité des soins sont renforcées ;

Produit induit 1.2 : L'infrastructure et l'équipement de 16 districts à faible performance et de 4 Centres Hospitaliers Régionaux sont renforcés ;

Produit induit 1.3 : Le financement sur budget de l'Etat et la disponibilité dans les délais des produits de santé sont améliorés notamment pour les aliments thérapeutiques, les micronutriments, les produits sanguins et les kits de réponse aux épidémies.

Objectif Spécifique 2 : Opérationnaliser l'Assurance Maladie Universelle pour améliorer et pérenniser

L'accès financier aux soins des enfants et des femmes enceintes à l'échelle du pays :

Produit induit 2.1 : Le tiers paiement des prestations de soins infantiles et maternelles par l'Assurance maladie universelle est mis en place ;

Produit induit 2.2 : L'opérationnalité de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sur le plan juridique, administratif, logistique et technique est acquise ;

Produit induit 2.3 : Les droits à la santé de la femme et de l'enfant sont garantis par un système de veille communautaire.

Objectif Spécifique 3 : Renforcer le leadership du ministère de la santé en matière de priorisation basée sur l'évidence, de mobilisation, d'allocation et d'utilisation des ressources sanitaires :

Produit induit 3.1 : La priorisation du financement public de la santé basée sur les données factuelles a été mise en application ;

Produit induit 3.2 : La performance de la mobilisation, l'allocation et l'exécution du financement public de la santé a été améliorée y inclus pour le financement des initiatives globales ;

Produit induit 3.3 : Les effectifs de personnel de santé dans les 3 régions les plus défavorisées ont été améliorés par leur redéploiement et par la mise en œuvre de mécanismes de rétention de ce personnel.

Le contexte au complet est décrit en détail dans le guide du PAPS II disponible sur : <https://europa.eu/capacity4dev/coop-ration-ue-au-burkina-faso> .

Le budget programme du Ministère de la Santé pour la période 2017-2019 est bâti autour de trois programmes :

- (i) le programme "Accès aux services de santé" qui a pour objectif d'assurer le financement et la disponibilité des ressources sanitaires,
- (ii) le programme "Prestations des services de santé" vise à réduire la morbidité et la mortalité par une meilleure prévention, des soins efficaces et un changement des comportements à travers des activités de lutte contre la maladie et de santé de la reproduction, des activités communautaires, des activités d'assurance qualité et des contributions aux hôpitaux et
- (iii) le programme "Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé" qui vise à renforcer les capacités institutionnelles, organisationnelles, la gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé à travers le renforcement des institutions de contrôle et la lutte contre la corruption.

Pour ce faire, et pour accompagner efficacement la mise en œuvre de la politique sectorielle, le Ministère de la santé a constitué trois groupes thématiques (intersectoriels) correspondant aux trois programmes budgétaires du MS susmentionnés (et présidé par le responsable du programme budgétaire). Ces groupes thématiques sont notamment en charge d'évaluer les performances de leur programme, proposer les projets de réformes à mettre en œuvre et proposer des stratégies sous-sectorielles afin d'atteindre les résultats attendus du programme. Ils sont appuyés par des équipes fonctionnelles qui appuient la mise en œuvre des réformes technique du PNDS, attribuent les responsabilités dans l'exécution des tâches, etc. Dans le cadre de l'AT, les équipes fonctionnelles soutenues par la PAPS2 seront les EF1, 2 et 7.

Groupe Thématique	Equipe fonctionnelle
055 Accès aux services de santé	EF1 : La gestion intégrée du développement des services de santé
	EF2 : La gestion intégrée de l'accès financier et de la qualité des soins
	EF3 : La coordination des actions autour d'une vision commune du système d'approvisionnement en médicaments essentiels
056 Prestations de services de santé	EF4 : La gestion coordonnée de la préparation et de la réponse aux épidémies, catastrophes, crises alimentaires et urgences

	EF5 : La gestion multisectorielle de la nutrition
	EF6 : La gestion de l'espace des naissances
057 Pilotage et soutien aux services du Ministère de la santé	EF7 : La gestion intégrée de la mobilisation, de l'allocation, de l'information et du redéploiement des ressources sanitaires

Action du PAPS2 :

L'action du PAPS2 se concentre sur les impacts prioritaires suivants :

- Réduction de la mortalité maternelle (ODD 3.1)
- Réduction de la mortalité infantile et juvénile (ODD 3.2)
- Développement de la Couverture Sanitaire Universelle (ODD 3.8)
- Réduction de la prévalence de la malnutrition aiguë sévère (ODD 2.2).
- Réduction de la mortalité liée au paludisme (ODD 3.3)
- Augmentation de la prévalence contraceptive (ODD 3.7)
- Réduction de la morbidité des maladies liées à l'eau (ODD 3.9)
- Soutien de l'UE aux piliers du système de santé, notamment sur les ressources humaines, l'accès aux médicaments, la logistique, l'infrastructure et la gouvernance

Deux canaux de financement du programme : appui budgétaire et appui institutionnel complémentaire

1. L'appui budgétaire : L'appui budgétaire ou Contrat de réforme sectorielle (CRS) est d'un montant de 70 M€. Cet appui budgétaire permet d'assurer :

- L'amélioration de la capacité de prise en charge des urgences obstétricales par la construction et l'équipement de CMA.
- L'augmentation linéaire du nombre de césariennes à travers la mise en œuvre de la construction et équipement dans 12 Districts Sanitaires défavorisés ayant des besoins en constructions et en équipements. La construction de 7 sièges de districts, la construction de 12 Antennes chirurgicales et l'équipement de 3 CHR retenus des 3 régions les plus défavorisées : Kaya (région Centre-Nord), Dori (région du Sahel), Fada (région de l'Est). L'appui permettra de corriger un déséquilibre quantitatif entre zone urbaine et zone rurale. 40% des médecins généralistes et 70% des médecins spécialistes sont dans la région du Centre. Les régions déficitaires sont le Centre-Sud, les Cascades, le Plateau Central, le Sahel et le Sud-Ouest. La disponibilité des Infirmiers d'Etat, des sages-femmes, des médecins et spécialistes dans les régions du Centre nord, de l'Est et du Sahel sera assurée.
- L'appui budgétaire permettra d'assurer la croissance linéaire du nombre d'enfants de 0-5 ans pris en charge ; l'assainissement des dettes et créances de la CAMEG ; le financement croissant sur budget de l'Etat des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ; le maintien du nombre de Malnutris Aigus Sévères pris en charge à 120.000 enfants par an, le taux de guérison à 90% et la létalité à <3% : satisfait pour 2016.

2. L'appui complémentaire et appui institutionnel de type projet :

- **Des actions de la société civile** pour un financement de 4,2 M€ dont 5% de co-financement aux ONG TDH et Help) dans les Régions des Hauts Bassins et du Boucle du Mouhoun en vue d'assurer une veille communautaire. Cet appui permet de :
 - Promouvoir l'accès aux soins des groupes vulnérables et segments de la population qui rencontrent des barrières culturelles, physiques ou financières à l'utilisation des services de santé en réduisant les obstacles sur les parcours des soins et les cas de discrimination de groupes vulnérables sont documentés (qui, où, quels soins) ;

- Les faits récurrents de non accès aux soins sont rapportés de façon systématique. Le respect des exemptions et la perception de la qualité des soins sont documentés et les structures de dialogue au niveau régional et national sont informées chaque semestre sur le niveau de satisfaction des besoins en services de santé.
- **Des actions au bénéfice des Instituts de recherche** pour la production de données factuelles sur l'efficacité des mesures sectorielles.
 - Les Instituts de recherche vont produire des évidences dans le cadre de la planification basée sur les résultats, des analyses des parcours de soins, des évaluations de l'efficience des investissements, des analyses des déterminants de la qualité des soins, des analyses des impacts collatéraux des exemptions, des analyses de la gestion financière au niveau des formations sanitaires ;
 - Elles vont produire de l'évidence sur l'efficacité et l'efficience des mesures sectorielles et produire des orientations pour une décision basée sur ces évidences.
- **Un devis programme unique** de 51mois pour 2,7 M€ dont 1 M€ de contrepartie du Burkina Faso.
 - Cet appui assure le financement du processus de gouvernance et du soutien des mesures pour l'atteinte des produits du PNDS. Les équipes fonctionnelles disposent de moyens financiers pour être pleinement opérationnelles en vue de la mise en œuvre des mesures.
 - Des contrats de subvention sont accordés à 4 districts sanitaires (Tougan, Séguénéga, Karangasso-Vigué, Léna) pour les activités d'encadrement des districts pour l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins.
- **Un contrat de services d'assistance technique et d'appui institutionnel** (en cours) y compris un appui à la mise en œuvre des mesures pour l'atteinte des produits du PNDS:
 - Le contrat d'assistance est fourni pour les expertises, le financement des processus centraux et le financement des mesures en vue de l'atteinte des produits induits du PNDS ;
 - Le suivi des résultats et des indicateurs contractuels de l'appui budgétaire
 - L'appui et le coaching des équipes fonctionnelles dans la mise en œuvre des mesures
 - L'appui à l'opérationnalisation de la CNAMU
- **Appui à la CNAMU pour mettre en place de financement justes sous forme de modèles de protection sociales intégrées**, qui réduisent les paiements directs au niveau des services de santé et ceci en particulier pour les groupes vulnérables comme les femmes enceintes et enfants. La mise en place opérationnelle de la CNAMU. Pour ce faire, une subvention est accordée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour maximum 2 M€ en vue de :
 - Mettre en œuvre l'opérationnalisation et le renforcement des capacités de la CNAMU
 - Développer un cadre institutionnel pérenne de la CNAMU
 - Mettre en place un système performant de gestion de l'information de la CNAMU
 - Mettre progressivement en place un système de tiers paiement indépendant et efficient
 - Mettre en place l'identification des fraudes, le niveau de certification des prestataires, la vérification des prestations et la veille communautaire des prestations de soins.

- La mise en œuvre de l'AMU reste complexe et devra se faire en plusieurs étapes : (i) adopter les textes d'application de la loi ; (ii) mettre en place les organes de gestion et identifier l'autorité de régulation ; (iii) faire fonctionner le système de gestion et d'information pour lever les cotisations et rembourser les prestations (immatriculation des assurés sociaux, des indigents, attribution d'un numéro unique d'affiliation, délivrance des cartes).

NB : l'AMU n'a toujours pas été mise en place au Burkina Faso, le budget initialement prévu a été réaffecté parce que la CNAMU n'a pas pu remplir les conditions demandées.

1.3 Parties prenantes de l'intervention

En plus de la Délégation de l'Union européenne au Burkina Faso, les parties prenantes de l'action sont :

- l'Ordonnateur National du FED au Burkina Faso représenté par la DGCOOP et la DDP ;
- le Ministère de la Santé (Secrétaire Général, DGESS, DGOS, DGSP, Régie du Devis Programme Unique);
- les districts sanitaires de Léna, Karangasso-Vigué, Tougan, Séguénéga
- les ONG internationales (Help, Terre des Hommes) ;
- la CNAMU;
- les Instituts de recherche ;
- l'assistance technique ;
- les prestataires de soins et agents de santé ;
- les communautés dans les zones cibles du projet, y compris les groupements de femmes et les agents de santé communautaire.

1.4 Précédents mécanismes de suivis internes et externes (y c. ROM), d'évaluations et autres études entreprises.

[Fourniture d'assistance technique et gestion du financement de l'appui institutionnel du PAPS2, devis programme, et subventions aux ONG](#) : évaluation ROM en 2021

2 DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNEE

Type d'évaluation	Evaluation finale
Couverture	Fourniture d'assistance technique et gestion du financement de l'appui institutionnel du PAPS 2 Devis programme Subventions aux ONG
Portée géographique	Burkina Faso
Période à évaluer	Du 13/10/2016 au 13 /06/2022

2.1 Objectifs de l'évaluation et critères d'évaluation

L'évaluation systématique et opportune de ses programmes et activités est une priorité établie de la Commission européenne. Les évaluations sont axées sur l'appréciation des réalisations, de la **qualité** et des **résultats** des interventions dans le contexte d'une politique de coopération en constante évolution, avec un accent de plus en plus marqué sur les **approches axées sur les résultats et la contribution à la**

mise en œuvre des ODD.

De ce point de vue, les évaluations devraient chercher des éléments de preuve expliquant pourquoi, si et comment l'intervention de l'UE a contribué à l'obtention de ces résultats et chercher à identifier les facteurs qui favorisent ou entravent les progrès.

Les principaux objectifs de cette évaluation sont de fournir aux services de l'Union européenne concernés, aux parties prenantes intéressées :

- une analyse indépendante globale de la performance du PAPSII en accordant une attention particulière à ses différents niveaux de résultats en comparaison avec ses objectifs attendus, et les raisons qui expliquent ces résultats ;
- les principaux enseignements, conclusions et recommandations qui en découlent afin d'améliorer les interventions actuelles et futures.

En particulier, cette évaluation servira à :

- analyser et apprécier globalement et de manière indépendante les résultats des interventions.
- analyser et apprécier les modalités de mise en œuvre des interventions ;
- identifier et apporter une appréciation sur les retards et difficultés rencontrés ;
- formuler des recommandations pertinentes pour des interventions futures de l'UE.

Les principaux utilisateurs des résultats de cette évaluation seront :

- la Délégation de l'Union européenne auprès du Burkina Faso.
- le Ministère de la santé et de l'hygiène publique ;
- le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan du Burkina Faso ;
- les autres partenaires techniques et financiers (PTF) au développement du secteur de la santé ;
- les bénéficiaires ;
- les autres parties prenantes intéressées.

L'évaluation portera sur l'intervention en utilisant les **six critères d'évaluation standard du CAD**, à savoir : la **pertinence**, la **cohérence**, l'**efficacité**, l'**efficacités**, la **durabilité** et les perspectives d'impact outre, l'évaluation portera sur l'intervention au moyen d'un **critère d'évaluation spécifique à l'UE**, à savoir la **valeur ajoutée de l'UE**.

La **définition** des 6 **critères d'évaluation du CAD + 1** de l'UE figure à titre de référence à l'**annexe II**.

En outre, l'équipe d'évaluation devra examiner si **l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes²**, **l'environnement** et **l'adaptation au changement climatique** ont été intégrés, si **les ODD concernés et leurs interconnexions** ont été identifiés, si le principe de **ne laisser personne derrière** (« leave no one behind ») et **l'approche fondée sur les droits humains** ont été suivis lors de la conception et dans quelle mesure ils ont été reflétés dans la mise en œuvre de l'intervention, sa gouvernance et son suivi.

2.2 Questions d'évaluation indicatives

Les QE spécifiques, tels que formulées ci-dessous, sont indicatives. Après les consultations initiales et l'analyse des documents, et suite à la finalisation/reconstruction de la logique d'intervention de la ou des interventions à évaluer, l'équipe d'évaluation en discutera avec le gestionnaire d'évaluation³ et le groupe de référence et proposera dans son rapport initial un ensemble complet et finalisé de questions

d'évaluation. Cet ensemble comprendra une indication des critères de jugement et des indicateurs spécifiques, ainsi que les sources et les outils de collecte de données pertinents.

Une fois validées via l'approbation du rapport de démarrage, les questions d'évaluation deviendront contractuellement contraignantes.

De façon générale, les questions à traiter porteront sur les thématiques suivantes :

- les ressources mobilisées au titre de l'intervention ont-elles contribué à l'atteinte des résultats?
- l'intervention est-elle pertinente au regard des besoins et priorités du secteur ?
- l'intervention a-t-elle contribué durablement à l'amélioration de la gouvernance sectorielle?
- comment l'intervention a-t-elle contribué à la prise en compte des thèmes transversaux que sont le genre et l'Approche Fondée sur les Droits Humains (AFDH) ?
- quels enseignements et recommandations peut-on tirer de la mise en œuvre de l'intervention ?

A titre indicatif:

Pour ce qui est de l'appui budgétaire : le dialogue politique a-t-il incité à la définition de politiques et aux allocations financières en vue de l'atteinte des résultats ? quelle est la disponibilité d'infrastructures pour la prise en charge des urgences obstétricales dans les districts sanitaires à faible performance ?

Il s'agira d'analyser les résultats suivant:

- La prise en charge des enfants malnutris sévères
 - La régression du taux de létalité
 - Le financement croissant sur budget de l'Etat des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
- La mise en œuvre effective des subventions au système de santé
 - L'assainissement des dettes et créances de la CAMEG ;
- La structuration et la continuité du système de tiers paiement
 - La justification de l'absence de l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle
 - Le nombre d'enfants de 0-5 ans pris en charge par le système de santé
- La disponibilité de ressources humaines qualifiées dans les 3 régions les plus défavorisées
 - La disponibilité des infirmiers d'état et sages-femmes dans les centres de santé, des médecins dans les CMA et des spécialistes dans les hôpitaux régionaux

Pour ce qui est de l'appui complémentaire et de l'appui institutionnel, il s'agira d'évaluer la pertinence par rapport aux objectifs spécifiques et produits induits du PAPS2, l'efficacité et la durabilité des actions suivantes :

- Les actions de la société civile (TDH et HELP) dans les Régions des Hauts Bassins et de la Boucle du Mouhoun en vue d'assurer une veille communautaire ;
- Les actions au bénéfice des Instituts de recherche pour la production de données factuelles sur l'efficacité des mesures sectorielles ;
- Les actions en appui à la planification axée sur les résultats dans les districts sanitaires du devis programme et de l'assistance technique ;
- Les actions en faveur d'une meilleure disponibilité et motivation des ressources humaines dans les régions défavorisées par les équipes fonctionnelles et l'assistance technique ;
- Les actions en faveur de la qualité et l'accès des soins par les équipes fonctionnelles et l'assistance technique ;
- Les actions en faveur de la gestion adéquate de l'information financière par les équipes fonctionnelles et l'assistance technique.

2.3 Structuration de l'évaluation et produits

Le processus d'évaluation se déroulera en 3 phases et deux activités :

- Phase de démarrage
- Phase intermédiaire

- Activité documentaire
- Activité de terrain
- Phase de synthèse

Tout au long de l'évaluation et après l'approbation du rapport de démarrage, si un écart important par rapport au plan de travail risque de compromettre la qualité de l'évaluation ou de mettre en péril l'achèvement du contrat spécifique dans les délais contractuels, ces éléments doivent être immédiatement discutés avec le gestionnaire d'évaluation et des mesures correctives doivent être prises en ce qui concerne la validité du contrat.

2.3.1 Phase de démarrage

Objectifs de la phase : structurer l'évaluation et clarifier les principales questions à traiter.

Principales activités des évaluateurs pendant la phase de démarrage :

- Examen initial des documents de référence (voir annexe IV).
- Session de lancement à Ouagadougou entre la Délégation de l'union Européenne, le ministère de la santé et de l'hygiène publique, le ministère de l'économie et des finances, les ONG concernées, les instituts de recherches et les évaluateurs. Objectifs de la réunion : i) parvenir à une compréhension claire et partagée de la portée de l'évaluation, de ses limites et de sa faisabilité ; ii) clarifier les attentes de l'évaluation ; iii) expliquer la méthodologie provisoire qui sera utilisée ; iv) tout autre objectif pertinent.
- Entretiens initiaux avec les principales parties prenantes.
- Finalisation ou reconstruction de la description de la logique d'intervention/théorie du changement et de ses hypothèses sous-jacentes. Cela nécessite une analyse des éléments de preuves (entre la hiérarchie des résultats, par exemple les réalisations, les effets directs et l'impact) et des hypothèses nécessaires pour que l'intervention amène le changement attendu.
- Représentation graphique de la logique d'intervention/théorie du changement reconstruite/finalisée.
- Finalisation des questions d'évaluation, basées sur les questions indicatives contenues dans les termes de référence et sur la logique d'intervention reconstruite.
- Finalisation de la méthodologie d'évaluation, y compris la définition des critères de jugement et des indicateurs par question d'évaluation, la sélection des outils de collecte de données et des sources. La méthodologie doit être sensible au genre, envisager l'utilisation de données ventilées par sexe et par âge et évaluer si et comment les interventions ont contribué aux progrès en matière d'égalité des sexes.
- Représentation de l'approche méthodologique dans une matrice d'évaluation (voir annexe IV).
- Plan de travail des phases ultérieures.
- Identification des risques et des limites attendues de la méthodologie, et des mesures d'atténuation envisagées.
- Préparation du rapport de démarrage ; son contenu est décrit à l'annexe V.
- Présentation à Ouagadougou du rapport de démarrage au groupe de référence, appuyée par une présentation avec diaporama.
- Révision du rapport (le cas échéant) après réception des commentaires.

2.3.2 Phase intermédiaire

Cette phase est entièrement consacrée à la collecte et à l'analyse des informations nécessaires pour fournir des réponses préliminaires aux QE. Le travail de cette phase comprendra deux activités:

1. Activités documentaires – analyse de la documentation et entretiens avec les principales parties prenantes et autres collectes de données initiales à l'aide de différents outils tels que

des enquêtes.

2. Activités de terrain - collecte et analyse de données supplémentaires dans le but de vérifier les hypothèses identifiées lors des « activités documentaires ».

2.3.2.1 Activités documentaires et de terrain

Objectif de la phase : analyser les données secondaires pertinentes et mener des recherches primaires.

Principales activités des évaluateurs :

- Achèvement de l'analyse approfondie des documents pertinents et d'autres sources secondaires, qui doit être effectuée systématiquement et refléter la méthodologie décrite dans le rapport de démarrage.
- Entretiens choisis pour soutenir l'analyse des données secondaires, le cas échéant.
- Formulation des réponses préliminaires à chaque question d'évaluation, avec analyse de leur validité et de leurs limites.
- Identification des questions restant à couvrir et des hypothèses préliminaires à tester lors de la recherche primaire.
- Présentation à Ouagadougou des constats préliminaires de l'étude documentaire (y compris les lacunes et les hypothèses à tester sur le terrain) pour lancer la partie nationale de cette phase intermédiaire, soutenue par diaporama.
- Réalisation d'une recherche primaire suivant la méthodologie décrite dans le rapport de démarrage.
- Garantie d'un contact, d'une consultation et d'une participation adéquats des différentes parties prenantes, y compris les autorités et agences gouvernementales concernées, tout au long de la phase intermédiaire.
- Utilisation des sources d'information les plus fiables et les plus appropriées, respect des droits des individus à fournir des informations en toute confidentialité, et sensibilité aux croyances et coutumes des environnements sociaux et culturels locaux, tout au long de la phase intermédiaire.
- Préparation de la note intermédiaire ; son contenu est décrit à l'annexe V.
- Préparation d'une présentation sous forme d'un diaporama des résultats intermédiaires/préliminaires et des conclusions préliminaires (à tester avec le groupe de référence)
- Présentation des constats et conclusions intermédiaires/préliminaires (documentaire et terrain) à Ouagadougou] au groupe de référence, appuyée par un diaporama.

2.3.3 Phase de synthèse et de diffusion

Objectifs de la phase : rendre compte des résultats de l'évaluation (réponses finales aux questions d'évaluation (constats finaux) et formuler des conclusions et des recommandations).

Principales activités des évaluateurs

- Analyse et synthèse des preuves et des données recueillies au cours des phases précédentes afin de fournir une réponse finale aux questions d'évaluation.
- Préparation du projet de rapport final ; son contenu est décrit à l'annexe V.
- Présentation [du projet de rapport final à Ouagadougou au groupe de référence, appuyée par un diaporama.
- Préparation d'une réponse au projet de QAG (Quality Assessment Grid) formulé par le gestionnaire d'évaluation via le module EVAL.
- Une fois les commentaires sur le projet de rapport final transmis par le gestionnaire d'évaluation reçus, les commentaires pertinents seront traités et le rapport final sera produit et téléchargé dans le module EVAL ; son contenu est décrit à l'annexe V. Alors que les éventuels problèmes de qualité, erreurs factuelles ou problèmes méthodologiques

devront être corrigés, les commentaires liés à des jugements divergents peuvent être soit acceptés, soit rejetés. Dans ce dernier cas, les évaluateurs doivent en expliquer les raisons par écrit (format libre).

- Préparation du résumé et téléchargement vers le module EVAL en utilisant le format obligatoire donné dans le module.
- Inclusion d'un résumé exécutif (format texte libre) dans le rapport final (voir annexe V).

Les évaluateurs s'assureront que :

- leurs analyses sont objectives et équilibrées, leurs affirmations sont précises et fondées sur des preuves, et leurs recommandations sont réalistes et clairement adressées ;
- lors de la rédaction du rapport, ils reconnaîtront clairement les cas où ils ont connaissance que des changements dans la direction souhaitée sont déjà en cours ;
- la formulation, y compris les abréviations utilisées, tient compte du public-cible identifié au chapitre 2.1 plus haut.

2.3.4 Aperçu des livrables et réunions ainsi que de leur calendrier

Le tableau synoptique ci-dessous présente une vue d'ensemble des livrables à produire par l'équipe, des réunions-clés avec le groupe de référence (y compris le gestionnaire d'évaluation) comme décrit précédemment, ainsi que leur calendrier.

Phases d'évaluation	Principales activités	Livrables et réunions
Phase de démarrage	<ul style="list-style-type: none"> - collecte initiale de documents / données et analyse du contexte. - Réunion de démarrage. - Entretiens initiaux avec les parties prenantes. - Elaboration et présentation du rapport de démarrage. - Finalisation et transmission du rapport de démarrage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de démarrage. - Rapport de démarrage. - Présentation du rapport de démarrage.
Intérimaire : Activités documentaires et de terrain	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire approfondie et entretiens ciblés. - Elaboration et présentation du rapport intermédiaire. - Finalisation et transmission du rapport intermédiaire 	Présentation des résultats et conclusions préliminaires
Phase de synthèse et de diffusion	<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. - Présentation des conclusions et recommandations. - Finalisation et transmission du projet de rapport d'évaluation globale. - Amendement du projet de rapport 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet de rapport final - Résumé exécutif conforme au modèle standard publié dans le module EVAL. - Rapport final

Phases d'évaluation	Principales activités	Livrables et réunions
	d'évaluation globale. - Finalisation et transmission de la version finale du rapport d'évaluation globale	

2.4 Organisation et méthodologie du contrat spécifique (offre technique)

Les contractants-cadres invités soumettront l'organisation et la méthodologie de leur contrat spécifique en utilisant le modèle standard SIEA B-VII-d-i et ses annexes 1 et 2 (B-VII-d-ii).

La méthodologie d'évaluation proposée pour réaliser la mission seront décrite au chapitre 3 (Stratégie et calendrier des travaux) du modèle B-VII-d-i. Les contractants décriront comment la méthodologie qu'ils proposent abordera les questions transversales mentionnées dans les présents termes de référence ; elle devra être sensible au genre, envisager l'utilisation de données ventilées par sexe et par âge et démontrer comment les interventions ont contribué aux progrès en matière d'égalité des sexes.

La méthodologie devra également inclure (le cas échéant) les actions, messages, supports et les structures de gestion de la communication.

Cette évaluation peut être affectée par des difficultés d'accès au terrain en raison de contraintes de sécurité ou de problèmes de santé. Le contractant à sélectionner devra s'assurer que les évaluateurs respectent, à tout moment, les directives internationales, nationales et locales concernant les restrictions de voyage et qu'ils prennent toutes les précautions nécessaires pour prévenir la propagation des maladies, en évitant tout risque déraisonnable et inutile. Le contrat spécifique Organisation et Méthodologie doit contenir une description claire et détaillée des méthodes que l'évaluation utilisera pour faire face aux difficultés potentielles d'accès au terrain. Celles-ci peuvent inclure la combinaison de méthodes de collecte de données en face à face et à distance, le cas échéant.

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 5 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 Ethique 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 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 UE

L'évaluation est gérée par le chargé de programmes « santé » au sein de la Délégation de l'UE au Burkina Faso, la progression de l'évaluation sera suivie de près avec l'aide d'un groupe de référence composé de membres des services de l'UE (Cheffe équipe « Développement Humain et Social » de la Délégation de l'Union européenne auprès du Burkina Faso et chargé de programmes), du Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, du Ministère de la santé et de l'hygiène publique.

Les principales fonctions du groupe de référence sont les suivantes:

- Proposer des questions d'évaluation indicatives ;
- Valider la formulation finale des questions d'évaluation;
- faciliter les contacts entre l'équipe d'évaluation et les services de l'UE et les parties prenantes externes ;
- s'assurer que l'équipe d'évaluation a accès à (et a pu s'entretenir) toutes les sources d'information et à tous les documents pertinents relatifs à l'intervention;
- discuter et commenter les notes et les rapports remis par l'équipe d'évaluation. Les commentaires des différents membres du groupe sont compilés en un seul document par le gestionnaire d'évaluation et transmis ensuite à l'équipe d'évaluation ;
- contribuer au retour d'information sur les résultats, les conclusions, les enseignements et les recommandations de l'évaluation ;
- soutenir l'élaboration d'un plan d'action et de suivi approprié après l'achèvement de l'évaluation.

2.5.2 Au niveau du contractant

Selon les exigences énoncées à l'article 6 des termes de référence globaux et dans la section « Organisation et méthodologie globales », soit respectivement les annexes II et III du contrat-cadre SIEA 2018, le contractant est responsable de la qualité du processus, de la conception de l'évaluation, des intrants et des extrants de l'évaluation. En particulier, il devra :

- soutenir le chef de l'équipe d'évaluation dans son rôle, principalement du point de vue de la gestion de l'équipe. À cet égard, le contractant doit s'assurer que, pour chaque phase d'évaluation, les tâches et les résultats spécifiques de chaque membre de l'équipe sont clairement définis et compris ;
- fournir un soutien et un contrôle de qualité pour le travail de l'équipe d'évaluation tout au long de la mission ;
- s'assurer que les évaluateurs disposent des ressources adéquates pour accomplir toutes les tâches requises tout au long de la période couverte par le contrat.

2.6 Langue spécifique du contrat et des livrables

La langue spécifique du contrat est le français.

Tous les rapports seront soumis en français

3 LOGISTIQUE ET CALENDRIER

Veillez-vous référer à la partie B des termes de référence.

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

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").

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.

4 SERVICES REQUIS

Veillez vous référer à la partie B des termes de référence.

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.

5 RAPPORTS

Pour la liste des rapports, veuillez vous référer au chapitre 2.3 de la partie A et à la partie B des Termes de références.

5.1 Utilisation du module EVAL par les évaluateurs

Le contractant sélectionné **soumettra tous les livrables en les téléchargeant dans le module EVAL**, un outil de gestion du processus d'évaluation et un référentiel de la Commission européenne. Le contractant sélectionné recevra un accès à des conseils en ligne et hors ligne afin d'utiliser le module pendant la durée de validité du contrat spécifique correspondant.

5.2 Nombre de copies du rapport

Outre sa soumission, la version approuvée du rapport final sera également fournie en 6 exemplaires papier et en version électronique sous format Word et PDF sans frais supplémentaires.

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 de la ou 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 14 jours calendaires. Les rapports révisés suite aux dits commentaires seront soumis dans les 10 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.

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) en ligne dans le module EVAL (texte fourni à l'annexe VII). Le contractant a la possibilité de commenter les appréciations formulées par le gestionnaire d'évaluation au travers du module EVAL. 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 compilées, 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 :

delegation-burkina-faso-cris-fwc-offers@eeas.europa.eu

ANNEXES AUX TDR - PARTIE A

- ANNEXE I : MATRICE DU CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) De L'INTERVENTION ÉVALUÉE
- ANNEXE II : LES CRITÈRES D'ÉVALUATION
- ANNEXE III : INFORMATIONS QUI SERONT FOURNIES À L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION
- ANNEXE IV : LA MATRICE D'ÉVALUATION
- ANNEXE V : STRUCTURE DES RAPPORTS
- ANNEXE VI : CALENDRIER DE PLANIFICATION
- ANNEXE VII : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ EVAL

ANNEXE I : MATRICE DU CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) DE L'INTERVENTION

Version de la convention de financement et harmonisé avec l'appendice 2 de la CF

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
Objectif général : impact	OG. Contribuer à la couverture universelle santé des prestations de soins maternels et infantiles et ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile	Taux de mortalité infanto-juvénile	129‰ (2010)	<60‰ (2020)	Enquête Démographique et Santé ou Multi Indicator Cluster Survey
		Ratio de mortalité maternelle	341/100.000 naissances vivantes (2010)	<170/100.000 naissances vivantes 2020)	
Objectifs spécifiques : effets directs	OS1. Améliorer la qualité de soins au niveau des formations sanitaires de premier niveau et des Centres Hospitaliers Régionaux	Consolidation de l'efficacité de la prise en charge des enfants de 0-5 ans malnutris aigus sévères - nombre d'enfants pris en charge - % sortis qui sont guéris - % sortis décédés	119.730 93% (2015) 1.79% (2015)	Maintien en 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 à >100.000** > 90% < 3%	Annuaire MS
		Nombre d'accouchements par césarienne dans les formations sanitaires	19866 césariennes (2015)	21.566 en 2016** 23.266 en 2017** 24.966 en 2018** 26.666 en 2019** 28.366 en 2020	
		Proportion des couples années protégées	22.3% (2015)	30% (2020)	Annuaire statistique
		Taux de couverture des consultations prénatale 4	34,1% (2015)	44% (2020)	Annuaire statistique
		Nombre d'interventions chirurgicales réussies pour fistule vésicovaginale	117(2015)	2500 (2020)	Annuaire statistique
		Nombre de mort-nés pour 100.000 naissances vivantes	2071(2015)	A établir dans les 6 premiers mois du programme	Annuaire statistique

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
		Proportion des décès maternels audités	65,1% (2015)	A établir dans les 6 premiers mois du programme	Annuaire statistique
		Proportion d'enfants âgés de 0 à 5 mois allaités exclusivement	46,7% (2015)	54% (2020)	Enquête SMART
	OS2 Opérationnaliser l'AMU pour améliorer et pérenniser l'accès financier aux soins des enfants et des femmes enceintes à l'échelle du pays	Taux d'utilisation des soins curatifs des enfants de 0- 5 ans	1,74 (2015)	2,5 (2020)	Annuaire statistique
		Nombre			
		Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	36% (2014)	30% (2018)	Comptes nationaux de la santé
		Dépenses assurance maladie en % des dépenses de santé des ménages	7,6% (2014)	10 % (2018)	Comptes nationaux de la santé
	OS 3. Renforcer le leadership du ministère de la santé en matière de priorisation basée sur l'évidence, de mobilisation, d'allocation et d'utilisation des ressources sanitaires	Dépenses publiques en % des dépenses totales pour la santé	37% (2014)	46% (2018)	Comptes nationaux de la santé
		Taux de liquidation du budget d'Etat de la santé	70% (2015)	90% (2019)	Circuit informatique des dépenses
Produits induits	PI 1.1 : Les capacités des districts sanitaires et des collectivités locales à soutenir des soins de qualité des soins sont renforcées.	Ecart de performance entre les 16 districts les moins performants et la moyenne nationale de 70 districts	9.92%	5%	Classement DES
		Score de performance moyen des 16 districts	54,36 % (2015)	65 % (2020)	Classement DES
	PI 1.2 : L'infrastructure et l'équipement des districts à faible performance et des CHR sous équipés sont renforcés	Pourcentage de liquidation du montant d'un programme d'investissements dans les districts sanitaires et CHR à faible performance inscrit dans le PIP 2017-2019	NA	80% (2019)	Rapport DAF

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	PI 1.3 : Le financement sur budget de l'Etat et la disponibilité dans les délais des produits de santé sont améliorés notamment pour les aliments thérapeutiques, les micronutriments, les produits sanguins et des kits de riposte aux épidémies	Nombre d'enfants malnutris aigus sévères de 0-5 ans pris en charge par la ligne budgétaire de l'Etat "aliments thérapeutiques"	0 (2016)	40.000 (2017) 60.000 (2018) 80.000 (2019)	Nombre de cartons d'aliments thérapeutiques financés par le budget de l'Etat et livrés par la CAMEG aux dépôts régionaux x 1.25
		Taux annuel de létalité d'une épidémie de méningite	10,9 % (2014)	<10% (2020)	Annuaire MS
	PI 2.1 : L'assurance maladie universelle assure le tiers paiement des prestations de soins infantiles et maternelles	Nombre d'enfants de 0- 5 ans couverts par les contrats signés entre la CNAM et les prestataires de services	250 000 (2017)	1.000.000 (2020)	Rapport CNAM
		Existence d'une vérification indépendante du Ministère de la santé de l'effectivité de l'exemption	La vérification indépendante de l'effectivité de l'exemption n'est pas opérationnelle (2016)	La vérification indépendante de l'effectivité de l'exemption est opérationnelle (2017)	Rapport de vérification indépendant
	PI 2.2. : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie est opérationnelle sur le plan juridique, administratif, logistique et technique	Statut du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie	Le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie n'est pas installé (2016)	Le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie est installé (2017)	PV 1 ^{ère} réunion
		Statut du Tableau de bord informatisé sur les caractéristiques des adhérents, des recettes et des dépenses	Le tableau de bord sur les Caractéristiques des adhérents, des recettes et des dépenses n'est pas disponible (2016)	Le tableau est mis à jour sur les caractéristiques des adhérents, des recettes et des dépenses (2018)	Rapport CNAM

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
		Nombre de formations sanitaires contrôlées dans le semestre	60 (2016)	400 (2018)	Rapport CNAM
	PI 2.3 : Les droits à la santé de la femme et de l'enfant sont garantis par un système de veille communautaire	Statut des conclusions de la veille communautaire	Les conclusions ne sont pas diffusées au Cadre sectoriel de dialogue (2016)	Les conclusions sont diffusées au Cadre sectoriel de dialogue (revue annuelle 2017 en février 2018)	Rapport de la revue annuelle
	PI 3.1 : La priorisation du financement public de la santé est basée sur l'évidence	Nombre de mesures sectorielles évaluées sur leur cout-efficacité et efficience	Aucune mesure sectorielle n'est évaluée (2015)	12 mesures sectorielles évaluées (2020)	Rapport instituts de recherche
		- ratio « vue pour paiement » sur « dotation » des lignes budgétaires de subvention/ exemption des soins mère et enfant (soins prénatals, SONU, contraception, soins enfants 0-5 ans, aliments thérapeutiques, vaccination)	71% (filets sociaux) à 100% (transfusion) (2015)	90 % à partir de 2017 pour chaque ligne	LFI : prévision CID : réalisation
	PI 3.2 : La performance de la mobilisation, l'allocation et l'exécution du financement public de la santé s'est améliorée y inclus pour le financement des initiatives globales	Situation financière de la CAMEG : Pourcentage des charges des créances des DRD, CHR, CHU et trésor public dans l'actif circulant Pourcentage des dettes fournisseurs dans le passif circulant de la CAMEG	42% (2014) 63% (2014)	25 % (2020) 40% (2020)	Bilan annuel de la CAMEG

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	PI 3.3 : Les effectifs de personnel de santé dans les 3 régions les plus défavorisés (Centre Nord, Sahel et Est) sont améliorés par des nouvelles affectations et par la mise en œuvre de mécanismes de rétention de ce personnel;	Conformité aux nouvelles normes du personnel dans les régions de Centre Nord, Sahel et Est Niveau. CSPS Catégorie : infirmier d'Etat Catégorie : sage-femme d'Etat Niveau CM et CMA Catégorie : médecin Niveau CHR Catégorie : spécialistes en gynécologie, pédiatrie, chirurgie, anesthésie-réanimation, radiologie, cardiologie	30% (2016) 11% (2016) 11% (2016) 0% (2016)	30% fin 2016, 40% fin 2017, 60% fin 2018, 75% fin 2019** 11% fin 2016, 30% fin 2017, 45% fin 2018, 60% fin 2019** 9% fin 2016, 30% fin 2017, 50% fin 2018, 80% fin 2019** 10% fin 2016, 33% fin 2017, 66% fin 2018, 90% fin 2019 **	Rapport DRH
Produits directs	PD AB 1. Des allocations budgétaires suffisantes sont faites pour les femmes enceintes, l'exemption des soins des enfants de 0-5 ans, le dépistage des cancers féminins et l'acquisition des aliments thérapeutiques	Montant du budget santé financé pour les subventions et exemptions de l'enfant et la femme enceinte (SONU, consultation prénatale, aliments thérapeutiques, exemptions enfants, contraceptifs) Statut de la ligne budgétaire "aliments thérapeutiques" dans la LFI	15 milliards FCFA (2016) La ligne budgétaire "aliments thérapeutiques" n'existe pas (2016)	30 milliards FCFA (2020) La ligne budgétaire "aliments thérapeutiques" est inscrite dans la LFI 2017	LFI ou LFR LFI

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	PD DS 1. Des allocations budgétaires sont faites pour les infrastructures et équipements des 20% districts et CHR à la plus faible performance	Statut du programme "districts et CHR de faible performance" dans le Plan d'Investissements Prioritaires (PIP)	Le programme "districts et CHR de faible performance" n'est pas inscrit dans le PIP (2016)	Le programme "districts et CHR de faible performance" est inscrit dans le PIP et budgétisé (2017)	PIP
	PD DS 2. Le dialogue impliquant MS, MINFID et PTF sur la mobilisation des ressources financières internes et externes est fonctionnel	Existence de comptes rendu de réunion de concertation budgétaire en préparation à l'élaboration du PIP et du budget sectoriel	Zéro (2016)	Au moins 1 compte rendu de réunion (2017)	Compte rendu de réunion
	PD DS 3. Le dialogue impliquant MS, PTF, société civile et instituts de recherche sur la priorisation des actions et sa traduction en termes d'allocation budgétaire est fonctionnel	Nombre d'ateliers annuels d'évaluation et de révision de la matrice sectorielle de performance est organisé avec l'implication des PTF, Société civile et instituts de recherche	Zéro (2016)	Au moins un atelier (2018)	Le rapport de l'atelier
	PD DS 4. Le gouvernement a mis en place les organes de l'assurance maladie universelle, a alloué un budget de fonctionnement et un budget pour les prestations de soins de l'enfant et de la femme enceinte	Statut de la CNAM	La CNAM n'existe pas (2016)	La CNAM est créée par décret (juin 2017) **	Journal de l'Etat
Statuts des textes d'application du décret couvrant l'exemption des enfants de 0-5 ans		Les textes d'application du décret n'existent pas	Les textes d'application du décret sont signés (2017)	Textes d'application signés	
Statut du manuel de procédures de l'établissement public CNAM		Le manuel n'est pas adopté (2016)	Le manuel de procédures de l'établissement public CNAM est adopté (juin 2018)	Manuel validé par évaluation externe**	

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	PD DS 5. Le MS a mis en œuvre des mesures pour apurer les dettes des Dépôts répartiteurs de districts, les hôpitaux et de l'Etat envers la Centrale d'achat de médicaments essentiels et la CAMEG a réduit ses dettes envers ses fournisseurs	Evolution des dettes des Dépôts répartiteurs de districts, les hôpitaux et de l'Etat envers la Centrale d'achat de médicaments essentiels et la CAMEG validées en commun	Augmentation des dettes en 2014 par rapport à 2013 (2015) En 2014 : % des créances dans l'actif circulant 43% % des dettes fournisseurs dans l'actif circulant 63%	Réduction des dettes en 2016 par rapport à 2013 (2017) % des créances dans l'actif circulant 40% en 2017, 35% en 2018, 30% en 2019** % des dettes fournisseurs dans l'actif circulant 55% en 2017, 50% en 2018, 45% en 2019**	Bilan CAMEG 2015, 2016, 2016, 2017, 2018, 2019
	PD AI 1. Les capacités des districts sanitaires et des collectivités territoriales pour l'amélioration de la qualité de soins sont renforcées	Nombre de districts ayant bénéficié d'un paquet de mesures et formations pour l'amélioration de la qualité des soins	Zéro districts (2016)	20 districts et leurs communes respectives (2020)	Rapport d'assistance technique
	PD AI 2. Le MS a mis en œuvre des mesures pour améliorer l'absorption des ressources financières internes et externes	Statut des mesures pour améliorer l'absorption des ressources validées en commun	Absence de mesures (2016)	ensemble de mesures disponibles (2018)	Rapport d'assistance technique
	PD AI 3. Le MS a mis en œuvre des mesures de rétention de personnel	Statut des mesures de rétention de personnel par niveau	Etude faite (2016)	Mesures de rétention de personnel par niveau approuvées (2017)	Rapport du conseil de ministres
		Statut du chronogramme et budget des mesures de rétention	Absence de chronogramme (2016)	Le chronogramme et budget des mesures de rétention approuvé (2017)	Rapport du conseil de ministres

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	PD SC 1. Un système de veille communautaire du respect des droits à la santé de la femme et de l'enfant est fonctionnel et implique en priorité les femmes	Pourcentage de rapports trimestriels communaux de veille communautaire transmis aux coordinateurs des contrats de subvention	Zéro (2016)	90% (2017)	Rapports narratif du contrat de subvention avec les opérateurs de société civile
		Proportion du personnel féminin dans le personnel pris en charge dans le cadre du contrat de subvention	Zéro (2016)	75% (2017)	Rapport narratif du contrat de subvention
	PD SC 2. Les instituts de recherche nationaux produisent de l'évidence sur l'efficacité et l'efficience des mesures sectorielles	Statut de l'approche d'évaluation des mesures sectorielles	Zéro (2016)	L'approche d'évaluation des mesures sectorielles est validée (2017)	Rapports narratif contrats de subvention

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](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. »
- **Efficience** : « 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** : la mesure dans laquelle l'intervention apporte des avantages supplémentaires par rapport à ce qui aurait résulté des seules interventions des États membres dans le pays partenaire. Elle découle directement du principe de subsidiarité défini à l'article 5 du traité sur l'Union européenne (<https://www.europarl.europa.eu/factsheets/en/sheet/7/the-principle-of-sub subsidiarity>).

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 :

- Plan National de Développement (PND 2016-2020)
- Programme Indicatif National du 11^{ème} FED
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011 – 2020 et PNDS révisé 2016-2020)
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2021 – 2030)
- Rapport d'évaluation du PNDS 2011-2020
- Conventions de financement de l'action (PAPS2)
- Rapports finaux de mise en œuvre du contrat d'assistance technique PAPS2
- Rapports semestriels du PAPS2
- Contrats de subventions (des 2 ONG, 2 Instituts de recherche)
- Rapports finaux de mise en œuvre des contrats de subvention (des 2 ONG, 2 Instituts de recherche)
- Devis programme unique du PAPS2 et rapport de mise en œuvre
- Rapports de mission des expertises du PAPS2
- Les indicateurs de l'appui budgétaire du PAPS2
- 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

DG NEAR : veuillez vous référer aux modèles publiés sur <https://myintracomm.ec.europa.eu/dg/near/whatwedo/monitoring-evaluation-results/Documents/Reports%20templates%20for%20NEAR%20evaluations.zip>

ANNEXE V : STRUCTURE DES RAPPORTS

DG NEAR: veuillez vous référer aux modèles publiés à l'adresse
[\[https://myintracomm.ec.europa.eu/dg/near/whatwedo/monitoring-evaluation-results/Documents/Reports%20templates%20for%20NEAR%20evaluations.zip\]](https://myintracomm.ec.europa.eu/dg/near/whatwedo/monitoring-evaluation-results/Documents/Reports%20templates%20for%20NEAR%20evaluations.zip).

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 ⁵		
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)				

⁵ 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, qui est incluse dans le **module EVAL** ; 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° CRIS/OPSYS du(es) projet(s) évalué(s)			
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 ;
- L'analyse des preuves est exhaustive et prend en compte les facteurs contextuels et externes.



Forces	Faiblesses	Score
--------	------------	-------

Commentaires du contractant	Commentaires du contractant	
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	
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	
6. Justesse 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

TERMES DE RÉFÉRENCE – PARTIE B

INFORMATIONS GENERALES

1. Zone bénéficiaire

Burkina

2. Pouvoir adjudicateur

L'Union européenne, représentée par la Commission européenne, B-1049 Bruxelles, Belgique.

3. Langue du contrat

Français

LOGISTIQUE ET CALENDRIER

4. Lieu de la mission

- Lieu d'affectation normal de la mission spécifique : Ouagadougou
- Mission(s) en dehors du lieu d'affectation normal et durée(s) : hors de Ouagadougou dans les zones de mise en œuvre du PAPSII

5. Date de début et période mise en œuvre

La date indicative de début est fixée au 01/06/2023 et la période de mise en œuvre du marché spécifique sera de 90 Jour(s) à partir de cette date (date de fin indicative : 30/08/2023).

BESOINS

6. Expertise

Les exigences minimales couvertes par l'ensemble de l'équipe sont les suivantes :

- Qualifications et compétences requises pour l'équipe : L'équipe doit être composée d'au moins 3 experts parmi les lesquels un chef d'équipe chargé de la coordination des activités au sein de l'équipe et de la communication entre les parties prenantes. Tous les membres de l'équipe doivent avoir une formation de niveau universitaire au moins égal à un master ou expérience professionnelle équivalente dans le domaine de la santé. La durée de l'expérience équivalente doit être supérieure à l'expérience professionnelle générale fixée ci-dessous.
- Expérience professionnelle générale de l'équipe : Une expérience accumulée de 12 ans au moins dans la mise en œuvre de projets ou de réformes dans le domaine de l'évaluation et/ou au moins 6 ans dans le domaine de secteur de planification de la santé, notamment en ce qui concerne l'appui budgétaire, l'économie de la santé, les finances publiques et la gestion des ressources humaines en santé
- Expérience professionnelle spécifique de l'équipe : L'équipe doit avoir à son actif au moins trois évaluations dont un minimum de deux dans le secteur de la santé. L'équipe a besoin de

démontrer des connaissances spécifiques dans le suivi - évaluation et la planification du secteur de la santé. Elle doit être capable d'organiser le travail de l'équipe ToR template OPSYS – part B Page 1 of 3 et la bonne conduite de l'évaluation et de la qualité des produits demandés. Une expérience dans la santé maternelle et infantile et une expérience de mise en œuvre d'au moins 1 projet d'appui institutionnel ou d'institutions en charge de la santé d'un pays serait un atout.

- Compétences linguistiques de l'équipe : les membres de l'équipe doivent avoir une parfaite maîtrise orale et écrite du Français.

Expertises supplémentaires pour la composition de l'équipe:

Position	Catégorie d'expertise	Expertise minimum requise	Nombre de jours minimum travaillés	Informations complémentaires
Expert	Cat. II (>6 années d'expérience)	Master de spécialiste en santé ou un diplôme en développement option santé, économie de la santé, développement sanitaire et finances publiques.	41	Appuyer le chef d'équipe dans la mission d'évaluation
Expert	Cat. I (>12 années d'expérience)	Diplôme de master ou équivalent en santé publique ou économie de la santé et expérience en appui institutionnel. au moins une 1 année d'expérience en évaluation d'appui budgétaire dans les pays en développement et 5 années d'expérience dans le domaine de la formulation et /ou évaluation des projets-programmes. Connaissance	45	Supervise et coordonne les activités, assure la relation avec les parties prenantes, oriente et contrôle la qualité du travail de l'équipe d'experts.

Position	Catégorie d'expertise	Expertise minimum requise	Nombre de jours minimum travaillés	Informations complémentaires
		avérée des principes et des méthodes de travail de conception des appuis budgétaires ciblés ou non ciblés. Connaissance dans la gestion et du cycle de projets financés par l'UE et de la gestion axée sur les résultats ;		
Expert	Cat. II (>6 années d'expérience)	Formation d'études supérieures sanctionnée par un Diplôme supérieur en gestion des ressources humaines ou gestion de projets en santé. Expérience d'au moins 3 années dans le domaine de la réforme de la décentralisation et de la gestion des ressources, et 3 années d'expérience dans le domaine de l'évaluation de projets ; Participation à au moins 2 évaluations dans le domaine	41	Appuyer le chef d'équipe dans la mission d'évaluation

7. Dépenses accessoires

Aucune dépense accessoire n'est prévue pour ce marché.

8. Coûts forfaitaires

Le marché ne prévoit aucun coût forfaitaire.

9. Vérification des dépenses

Aucun rapport de vérification des dépenses n'est requis.

10. Autres éléments définis par le pouvoir adjudicateur

Le marché ne prévoit aucun autres éléments.

RAPPORTS ET AUTRES LIVRABLES

11. Rapports et autres livrables obligatoires

Title	Contenu	Langue	Délai de soumission
Rapport de démarrage	Méthodologie d'évaluation, Approche et critères de choix des visites de terrain, planning de travail, principales conclusions de la phase documentaire	Français	Endéans 14 Jour(s) Après Le début du projet
Rapport intermédiaire	Activités réalisées pendant la phase de terrain, difficultés rencontrées pendant cette phase et mesures atténuantes adoptées Principales conclusions préliminaires (phase terrain et documentaire)	Français	Endéans 45 Jour(s) Après Le début du projet
Projet de rapport final	Présentation des principaux résultats de l'évaluation et du projet de synthèse de l'évaluation	Français	Endéans 75 Jour(s) Après Le début du projet
Rapport final	Intégration des commentaires reçus du projet de rapport final et du résumé exécutif	Français	Endéans 90 Jour(s) Après Le début du projet