

Termes de référence pour le recrutement d'un consultant chargé de l'évaluation intermédiaire du projet de L'Initiative – Expertise France.

« Contribuer à améliorer la qualité de vie des PVVIH/SIDA au Mozambique. »

DSF – Mission Mozambique

Douleurs Sans Frontières (DSF) a obtenu un financement auprès d'**Expertise France** – projet de « L'Initiative » afin de réaliser un projet pluriannuel qui a pour objectif de « **Contribuer à améliorer la qualité de vie des PVVIH/SIDA au Mozambique** ». La durée du projet est de 3 ans (avril 2020 - octobre 2023). Arrivé à la moitié du projet, une évaluation intermédiaire externe est demandée par Expertise France. Cette évaluation devra permettre d'accompagner DSF et ses partenaires terrains dans l'analyse des approches opérationnelles et organisationnelles mises en place (stratégies d'intervention, collaboration des partenaires) et de participer à la progression de l'intervention en cours au regard des objectifs du projet.

Douleurs Sans Frontières est une ONG reconnue d'intérêt général et d'utilité publique, créée par des médecins responsables de structures hospitalières en France et spécialisée dans la prise en charge (PEC) de la douleur, physique et psychologique, et le suivi des patients en fin de vie. Réunissant des bénévoles professionnels de la santé (médecins, chirurgiens, infirmiers, psychiatres, psychologues) et des salariés professionnels de la conduite de projet, DSF a pour mission d'appuyer ses partenaires locaux dans le développement de dispositifs intégrés et adaptés aux systèmes de santé des pays d'intervention. Forte de 25 ans d'expérience dans plusieurs pays, reconnue comme acteur incontournable dans le traitement de la douleur et des soins palliatifs, DSF a développé une approche transversale et holistique des patients privilégiant l'éthique et la qualité des soins par l'accueil, la bienveillance, la pluridisciplinarité, la communication avec le patient et ses proches, et la coordination entre les services de santé pour un parcours de soins plus adapté.

1. Descriptif du projet à évaluer

1.1 Contexte

Situé dans le sud-est du continent africain, le Mozambique est un pays indépendant depuis 1975. Ravagé par une guerre civile qui a duré 16 ans et s'est terminée en 1992, le pays est resté terriblement affaibli. Le Mozambique est toujours considéré comme **l'un des pays les plus vulnérables du monde** (180^e place sur l'IDH - PNUD), où sur les 27,9 millions de personnes (INE, 2019), **54,7 % vivent en dessous du seuil de pauvreté**, 67,7 % dans des

zones rurales aux infrastructures publiques déficientes et où la population, dont deux tiers ont moins de 25 ans, connaît un taux de chômage élevé.

Le système national de santé (SNS) du Mozambique présente **des faiblesses majeures en termes d'accès et de qualité**. Le réseau de santé du pays comprend un total de 1 652 unités de santé, avec une moyenne de 16 855 habitants par unité de santé¹. Seuls 39,3 % de la population se trouvent dans un rayon de 8 km ou moins d'une unité de santé primaire. Malgré le fait que le nombre de travailleurs de la santé ait doublé entre 2000 et 2010, les ressources humaines qualifiées sont encore insuffisantes. Selon les données du ministère de la Santé (MISAU), en 2018, le Mozambique ne compte que 8,4 médecins ou 55 infirmières pour 100 000 habitants. En outre, il existe une énorme inégalité dans l'allocation des ressources humaines, **qui pénalise particulièrement les zones rurales du pays**. Les établissements de référence sont insuffisants et ne permettent pas un suivi efficace des patients.

L'épidémie de VIH/SIDA est l'un des facteurs aggravants qui a considérablement limité la capacité de développement du pays. C'est l'une des principales sources de morbidité et la deuxième cause de mortalité au Mozambique, puisqu'il est à l'origine de 26,9 % des décès². Malgré les nombreux efforts et les décisions prises par le gouvernement pour remédier à cette situation, celle-ci reste alarmante. Le Mozambique compte 2,2 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et présente une prévalence moyenne de 13,2 % (dont 15,2 % chez les femmes et 9,5 % chez les hommes entre 15 et 49 ans)³. Chez les deux sexes, la prévalence est plus élevée dans les zones urbaines (20,5 % pour les femmes et 12,3 % pour les hommes) que dans les zones rurales (12,6 % pour les femmes et 8,6 % pour les hommes). La lutte contre le VIH/SIDA est guidée par le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA (PSN IV) 2015-2020, mis en place par le ministère de la santé (MISAU), en accord avec les directives internationales du PEPFAR et du Fonds Mondial.

Le présent projet cible particulièrement **les provinces de Maputo et de Sofala**, en raison de leur taux de prévalence du VIH élevé. En effet, la province de Maputo est la deuxième province ayant le taux de prévalence du VIH le plus élevé (**22,9 %**) après la province de Gaza (24,4 %). Les districts de Manhiça et de Magude, frontaliers de l'Afrique du Sud, se caractérisent par un grand nombre de mineurs et d'anciens mineurs, dont la prévalence du VIH atteint 27,4 %⁴ pour la province de Maputo. Cette situation est à l'origine de nombreux couples sérodiscordants et les femmes doivent généralement subir les conséquences du comportement irresponsable de leurs maris (infection au VIH, stigmatisation, violence).

La province de Sofala, quant à elle, possède le 3ème taux de prévalence du VIH (**16,3 %**) le plus élevé du pays, avec un total de **55 477 PVVIH dans la ville de Beira** (MISAU, 2017). Selon IMASIDA (2015) ces données ont tendance à croître, étant donné **le grand nombre de populations clés existantes dans le corridor de Beira** (route commerciale importante entre le port de Beira et le Zimbabwe) avec un nombre élevé de FTS (8,790 dont 2,074 VIH+) et de camionneurs longue distance. Selon Médecins Sans Frontières (MSF), l'Hôpital Central de Beira (HCB) est un hôpital de référence pour **la prise en charge des cas avancés de VIH/SIDA** pour les provinces de Sofala, Tete, Manica et Zambézia. Entre août 2018 et décembre 2019, sur un total de 2341 patients en stade avancé du VIH admis dans le service clinique de l'HCB, **618 sont décédés (26 %)**. Sur le total des décès, 76 % sont morts après 48 heures d'admission. Il est important de noter qu'en fonction de la disponibilité des lits, des patients dans un état critique

¹ Ministério de Saúde (MISAU), Anuário Estatístico de Saúde 2018.

² Instituto Nacional de Estatística, Inquérito nacional sobre causas de mortalidade, 2009

³ Enquête sur les indicateurs de l'immunisation, du paludisme et du VIH/sida au Mozambique (IMASIDA), 2015

⁴ Factors influencing risky sexual behaviour among Mozambican miners: a socio-epidemiological contribution for HIV prevention framework in Mozambique. International journal for Equity in Health, 2017.

de santé sont souvent renvoyés au domicile. **Cela signifie que certains soins, dont des soins palliatifs, doivent être dispensés non seulement à l'hôpital, mais aussi au domicile** (MSF 2019).

Ainsi, un nombre croissant de **PVVIH dans le pays souffrent de douleurs neuropathiques dues au VIH/SIDA à un stade avancé de la maladie** et/ou associé à d'autres maladies comme la TB, le diabète, le cancer, l'hypertension, etc. Le Mozambique dispose d'une politique nationale sur les soins palliatifs depuis 2012. **Le plan stratégique national de lutte contre le VIH SIDA 2015-2019 (PSN IV) définit les soins palliatifs (SP) et à domicile intégrés comme l'une des priorités stratégiques pour améliorer la qualité des soins aux patients.** Rapprocher les services de santé des communautés grâce à des modèles différenciés est un élément stratégique clé. Cependant, les SP ne sont toujours pas institutionnalisés et la politique nationale n'est pas correctement mise en œuvre au niveau du SNS et se trouve encore dans une phase embryonnaire au Mozambique.

1.2 Synthèse du projet

Le présent projet a pour objectif de renforcer l'accès intégral des PVVIH aux services de santé dans les provinces de Maputo et de Sofala au Mozambique. DSF souhaite mettre l'accent sur le déploiement de services de santé à domicile, là où les besoins sont les plus forts, pour permettre aux populations isolées pour des raisons géographiques, économiques ou physiques, d'accéder à des soins adaptés au VIH/SIDA en fonction du degré d'avancement de leur maladie. Cette décentralisation passe par la mise en œuvre d'un réseau pluridisciplinaire, composé d'acteurs mettant leurs expertises respectives en synergie afin de 1. Garantir l'accès aux soins de santé (système d'identification et référencement des patients, extension de la zone couverte, accès aux soins pour les populations clés); 2. Garantir la qualité des soins (renforcement des capacités des soignants et des structures, amélioration de la qualité du suivi de proximité/à domicile); 3. Diversifier l'offre de prise en charge (prise en charge de la douleur, soins palliatifs, appui psychosocial et sensibilisation au sein des communautés, accès au diagnostic, amélioration des conditions économiques); et 4. Intégrer l'offre au système public de santé (plaidoyer).

Ce projet permet globalement d'offrir un accès aux soins à des populations qui peuvent rapidement être isolées et exclues du système de santé car les soins à domicile permettent d'élargir les zones de couverture des soins. Il s'agit de mettre en place un modèle adapté au contexte ciblé et reproductible dans de nouvelles zones du pays. La stratégie d'intervention consiste à se baser sur le système existant et à renforcer l'action des acteurs pour qu'ils puissent intégrer dans leurs pratiques les spécificités de cette nouvelle façon de travailler. Le renforcement des capacités intervient donc à différents niveaux structurels pour que l'objectif final soit intégré au système de santé dans sa globalité.

La douleur et la souffrance psychologique, souvent sous — estimée et donc insuffisamment prise en charge, ne devraient plus être un facteur supplémentaire d'exclusion sociale. On remarque que celle-ci est un facteur majeur de handicap et peut mener à un arrêt de l'activité économique et à des problèmes d'ordre psychosociaux, entre autres. Les douleurs observées chez ces patients sont de natures diverses dues à l'infection elle-même, mais aussi aux traitements antirétroviraux (TARV), anti cancéreux, aux infections secondaires ou bien encore aux affections récurrentes non liées au VIH/SIDA. Les actions de sensibilisation menées tout au long du projet doivent contribuer également à encourager la PEC de la douleur et la normalisation des soins palliatifs dans l'univers médical mozambicain pour les PVVIH à un stade avancé de la maladie.

Le projet appuie les groupes de soutien communautaires de PVVIH mis en place par le MISAU et les renforcent. De nouvelles plateformes, les BIAP (Balcon d'Information et d'Appui Psychosocial), sont ouvertes dans les deux provinces cibles du projet. Elles permettent le référencement des patients aux unités de santé partenaires et la sensibilisation de nombreuses personnes sur le VIH/SIDA et les thèmes transversaux ainsi que l'accès à des moyens de prévention, au diagnostic, à des conseils et soutien émotionnel, cela de manière confidentielle. Ce sont des lieux de formations pour les aidants familiaux de patients précisant de soins palliatifs mais aussi pour les OSCs travaillant avec les populations clés ou à risques, souhaitant renforcer leurs structures.

1.3 Zones géographiques de l'action

Le projet est mis en œuvre dans la province de Maputo : districts de Manhiça (Xinavane) et Magude ; et dans la province de Sofala : ville de Beira, quartiers de Munhava, Chingussura, Mascarenhas et Macurrungo.

1.4 Principaux partenaires

AMDEC : Association mozambicaine pour le Développement Concerté.

Créée en septembre 2003, l'AMDEC est une ONG mozambicaine à but non lucratif qui comptabilise 15 ans d'expérience dans le domaine de la santé (prévention VIH, tuberculose, paludisme et nutrition). Avec ses agents communautaires, elle met en place les visites à domicile afin d'offrir des soins de base aux patients qui ne peuvent pas se déplacer vers les centres de santé. Elle mène également des activités de prévention communautaire et d'information de masse afin de : convaincre les patients de poursuivre leur traitement, enseigner les moyens de protections, freiner les transmissions mères à enfant. Ainsi, elle représente un véritable relai médical entre les patients et les Centres de Santé.

Le réseau des Unités de la Douleur et des Soins palliatifs : L'UDSP de l'HCM : Unité de la Douleur et de Soins palliatifs de l'Hôpital Central de Maputo — UDSP de l'HCB : Unité de la Douleur et de soins palliatifs de l'Hôpital Central de Beira — CdD de l'HRX : Consultation de la Douleur de l'Hôpital Rural de Xinavane

Les Unités de la Douleur et des Soins palliatifs (UDSP) et les Consultation de la Douleur (CdD) sont des unités multidisciplinaires composées de professionnels formés et/ou expérimentés dans le domaine de la douleur et des soins palliatifs qui cherchent à soulager la douleur et à améliorer la qualité de vie des patients, en les soutenant dans les aspects physiques et psychologiques, indépendamment de leur cause, et en utilisant, lorsque les conditions le permettent, des techniques thérapeutiques et de diagnostics spécifiques. Elle offre des consultations médicales et psychologiques, ainsi qu'un soutien infirmier permanent, et s'adresse aux personnes souffrant de douleurs chroniques dues aux VIH/SIDA et à d'autres maladies chroniques.

Les DPS et SPS de Maputo et de Sofala et les SDSMAS des Districts où vont se réaliser les actions du présent projet :

Les autorités locales de Santé : Service Provinciaux de Santé (SPS); Service du District de Santé, pour les Femmes et l'Action Sociale (SDSMAS). Notre collaboration vise à optimiser l'intervention et l'impact dans le domaine de la santé et améliorer l'accès de santé de qualité au plus grand nombre d'habitants dans les provinces ciblées. Elles sont chargées de la supervision,

du suivi et de l'évaluation du dispositif de Soins à Domicile Intégrés et des activités communautaires.

Les partenaires de santé du projet (ONG et associations locales) : DSF et AMDEC sont en relation avec plusieurs ONG et OCB pour la mise en place des activités. Celles-ci sont impliquées à plusieurs niveaux (référencement de patients, prise en charge complémentaire, activités commune de sensibilisation) et certaines ont pu bénéficier de formation en bonne gouvernance et/ou dans des thèmes de santé (soins palliatifs, douleur, appui psychosocial).

1.5 Groupes cibles prévus

Le projet permettra de toucher les bénéficiaires directs suivants :

- **7 000** patients, dont au moins **4900** femmes (70 %), atteints de VIH/SIDA et/ou d'autres maladies chroniques reçoivent des soins de prise en charge intégrés au domicile ; **2 800** patients vus aux consultations dans les unités douleur et de soins palliatifs (dont 60 % de femmes) ; **280** PVVIH en stade avancé de la maladie sont pris en charge à domicile par l'équipe médicale mobile ; **1 500** PVVIH faisant partie d'une population clé bénéficient d'une prise en charge intégrée ;
- **35 000** personnes et leurs familles sensibilisées au VIH/SIDA et thèmes transversaux ; **40** professionnels de la santé ; **900** aidants familiaux sensibilisés aux soins palliatifs, dont 80 % de femmes. **8** groupes SAAJ bénéficient d'un renforcement en APS ; **14** GAAC et **6** groupes MpM (**120** personnes, 6 personnes par groupe **minimum**) bénéficient d'un suivi de l'équipe de santé et d'un appui économique ; Les membres de **36** Clubs scolaires.

Les bénéficiaires indirects sont spécifiquement les proches des PPVIH pris en charge par le projet, et plus largement, les acteurs de la vie économique au Mozambique, la population des provinces de Maputo et Sofala concernée (1 937 919 personnes dans la province de Maputo ; 2 203 762 personnes dans la province de Sofala¹²).

1.6 Objectifs et résultats attendus

L'objectif général du projet est de contribuer à améliorer la qualité de vie des PVVIH/SIDA au Mozambique.

Afin d'atteindre cet objectif, deux étapes intermédiaires sont nécessaires. Le projet vise :

(1) D'une part, le renforcement de l'accès intégral aux services de santé pour les patients vivant avec le VIH/SIDA dans les provinces de Maputo et de Sofala. Cela se fait à travers la prestation directe de soins à domicile intégrés (SDI) aux PVVIH et le renforcement du lien entre les unités de santé et le domicile.

(2) D'autre part, le développement des capacités socioéconomiques des PVVIH ainsi que la promotion des actions de sensibilisation, d'accompagnement et de plaidoyer afin de permettre aux populations vulnérables de faire face à l'épidémie de VIH/SIDA.

OS1 : Renforcer l'accès à des services de santé intégrés pour les patients vivant avec le VIH/SIDA dans les provinces de Maputo et de Sofala.

Résultat 1.1 : Des équipes médicales mobiles sont mises en place et offrent des soins pour les populations les plus vulnérables impactées par l'épidémie de VIH/SIDA.

Résultat 1.2 : La continuité des soins entre les structures sanitaires, les consultations Douleur et le domicile du patient est assurée.

OS2 : Contribuer à la suppression de la charge virale des PVVIH par le renforcement des groupes de soutien communautaire.

Résultat 2.1 : Les groupes de soutien communautaire de PVVIH bénéficient d'activités: d'APS, de sensibilisation sur l'adhérence et le dépistage, de mise en place d'activités économiques.

OS3 : Sensibiliser la société civile et les populations clés sur le VIH/SIDA et mettre en place un plaidoyer à destination des partenaires institutionnels pour une amélioration des services de prise en charge intégrée des PVVIH.

Résultat 3.1 : Les communautés ciblées, les populations clés, la société civile et les partenaires institutionnels sont sensibilisés et renforcés sur le VIH/SIDA et les thèmes transversaux.

Résultat 3.2 : Les partenaires institutionnels reconnaissent l'importance de la prise en charge intégrée des PVVIH dans les provinces de Maputo et Sofala.

2. Contenu du travail d'évaluation

L'objectif général de l'évaluation est d'accompagner DSF et ses partenaires de mise en œuvre dans l'analyse des approches opérationnelles et organisationnelles mises en place (stratégies d'intervention, collaboration des partenaires..) et de participer à la progression de l'intervention en cours au regard des objectifs du projet.

De façon plus précise, l'évaluation devra :

- Passer en revue les activités mises en œuvre, les résultats obtenus ainsi que les progrès réalisés ;
- Identifier tous les problèmes liés à la planification, à la mise en œuvre, au monitoring et aux différents outils de gestion opérationnelle mis en œuvre ;
- Analyser les forces et faiblesses des stratégies d'intervention mises en œuvre et explorer les ajustements nécessaires par la formulation de recommandations ;
- Évaluer la pertinence des actions menées face aux besoins des bénéficiaires, au contexte et aux stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA.
- Identifier les contraintes internes et externes ayant pu impacter sur les résultats escomptés sur cette période de projet ;
- Évaluer la stratégie de durabilité de l'action.
- Analyser la prise en compte des questions transversales liées au genre⁵, au droit humain, à l'environnement / changement climatique, dans la mise en place globale du projet.

⁵ Stratégie de Genre d'EF : <https://www.expertisfrance.fr/documents/20182/426622/Expertise+France+-+Genre+et+d%C3%A9veloppement+durable/d1d37b1c-30f2-4224-91a3-05be9bb7d6a0>

Pour information : les questions transversales sont décrites dans le guide méthodologique de l'AFD. Ce guide est disponible sur leur site ou peut être fourni à la demande du / de la consultant-e sélectionné-e.

La/le consultant-e devra fournir les éléments de preuves expliquant les analyses, les liens de cause à effet. La/le consultant-e veillera à procéder selon une approche participative afin que toutes les parties prenantes puissent participer à l'évaluation.

Le travail d'évaluation comprendra les volets ci-dessous :

2.1 Etablissement d'un bilan global du projet évalué

La/le consultant-e devra établir un bilan global et objectif des actions du projet depuis son démarrage.

Cette étape doit lui permettre de disposer d'une connaissance précise et détaillée du projet, de son évolution et de son contexte.

A cet effet, il devra notamment :

- Rassembler et consulter toutes les informations et tous les documents relatifs au projet évalué, et étudier le cadre logique de l'intervention (finalité, objectifs spécifiques, réalisations, indicateurs de suivi et hypothèses critiques) de manière à en acquérir une bonne connaissance. Les documents à consulter seront disponibles auprès de la coordination du projet.
- Conduire des entretiens avec les personnes impliquées ou ayant été impliquées dans la conception, la gestion et la supervision du projet.

2.2 Conduite d'une analyse évaluative

A partir des constats et des informations disponibles, le consultant devra évaluer la performance du projet à partir des quatre critères suivants : pertinence, efficacité, éléments de viabilité. Pour chacun de ces critères, des pistes d'évaluation sont préconisées ci-dessous.

➤ Pertinence

La pertinence examine le bien-fondé de l'action conduite au regard des objectifs et des enjeux déterminés au départ en rapport avec les besoins et problématiques identifiés.

A ce titre, le consultant examinera la correspondance du projet avec :

- Les besoins et attentes réelles des bénéficiaires (patients et professionnels de santé) ;
- Les orientations nationales et internationales dans le domaine de la santé et la lutte contre le VIH/SIDA (accès aux services, programmes nationaux, formation des professionnels, etc.) ;
- Les stratégies et interventions des autres parties prenantes, notamment les structures de santé, les institutions de formation et les associations et sociétés médicales partenaires.

Cette analyse sera complétée par une appréciation de :

- La cohérence interne du projet (concordance des divers moyens et instruments mobilisés pour concourir à la réalisation des objectifs) ;
- La cohérence externe du projet (concordance avec les actions entreprises par les autres acteurs : facultés, ONG, prestataires...).

➤ **Efficacité**

L'efficacité apprécie le degré de réalisation des objectifs du projet (techniques, financiers, institutionnels, etc.) ainsi que ses éventuels effets non attendus (effets positifs ou négatifs).

Elle comprend :

- Une comparaison des résultats attendus et des résultats effectifs du projet ;
- Une analyse des écarts constatés.

➤ **Viabilité/durabilité**

Le consultant examinera si une stratégie de durabilité de l'action a été prévue afin que les objectifs et les résultats soient de nature à se pérenniser, voire à s'amplifier, dans la durée, et si oui à quelles conditions.

3. Organisation de l'évaluation

3.1 Compétences requises pour mener l'évaluation

Les compétences requises pour réaliser cette évaluation sont :

- Connaissance et expérience professionnelle en matière d'évaluation de projet ;
- Expérience en matière de gestion de projet de développement ;
- Connaissances et expertises techniques dans le domaine de la santé publique et plus spécifiquement dans le domaine de la lutte contre le VIH ;
- Connaissances du contexte et du système de santé au Mozambique serait un plus ;
- Compétence informatique (Word, Excel, Access, Internet).

3.2 Durée de l'évaluation

La prestation totale pour la réalisation de cette évaluation est estimée à +/- 15 jours ouvrables. Elle inclut notamment une réunion de lancement (*à Maputo ou à Paris*), une mission d'évaluation de terrain (estimée entre 5 et 8 jours ouvrables à réaliser à partir de mi-janvier 2022 – dates à discuter), une réunion de restitution des conclusions du/de la consultant-e à Maputo, en présence des partenaires concernés par le projet. La présentation des premiers résultats de l'enquête est attendue dans les 3 jours suivant la mission d'évaluation terrain. Le rapport final de l'évaluation doit être soumis à DSF au plus tard dans les 15 jours suivant la fin de la mission d'évaluation.

La prestation débutera après signature du contrat entre le consultant et DSF.

3.3 Documents à présenter par les consultants

Les consultants invités à soumissionner devront fournir les éléments suivants :

- **Une offre technique comprenant :**
 - Une note de compréhension des termes de référence et de présentation de la méthodologie utilisée ;
 - Les références et expériences du consultant ;
 - Le calendrier prévisionnel d'intervention ;
- **Une offre financière** comportant le budget global (Hors Taxe et Toutes Taxes Comprises) et les prix détaillés (honoraires, indemnités journalières, transports...).

Pour information : budget maximal disponible de 15 000 Euros.

4. Les livrables attendus

- Une matrice d'évaluation afin de préciser comment il/elle prévoit de recueillir les données nécessaires pour répondre aux questions d'évaluation, avant de commencer l'évaluation.
- Une restitution des premiers résultats de l'évaluation intermédiaire au niveau du bureau national de DSF au Mozambique ;
- Un rapport final provisoire de 20 pages maximum qui sera produit à l'issue des travaux du consultant ;
- Le rapport définitif, de 40 pages maximum, intégrant les éventuelles remarques de DSF, devra être disponible dans les 15 jours suivant la réception des commentaires. Si ces observations expriment des différences d'appréciation non partagées par le consultant, celles-ci peuvent être annexées au rapport définitif et commentées par le consultant.
- Une synthèse du rapport final.

Le rapport définitif restera la propriété de DSF qui en assurera la diffusion.
Les documents doivent être rédigés en français ou en anglais.

5. Modalités de soumission

Les candidats.es (structures ou personnes indépendantes) intéressés pour soumissionner à cette évaluation doivent envoyer leur dossier par email à : recrutement@douleurs.org en mentionnant en objet : « Consultance Evaluation Mozambique »

La date limite de dépôt des dossiers d'appel d'offres est fixée au **28 novembre 2022 à 10H00** (Heure de Paris).