



Termes de référence pour l'évaluation finale du projet de renforcement de l'accès universel aux soins de santé de qualité pour les patients atteints de maladies chroniques dans 10 Provinces du Cambodge et dans les provinces de Maputo et de Gaza au Mozambique

Acronymes

ACS:	Agent Communautaire de Santé
AFD:	Agence Française de Développement
AGR :	Activités Génératrices de Revenus
AMDEC :	Association Mozambicaine du Développement Concerté
APS :	Appui Psychosocial
BIAP:	Balcon d'Information et d'Appui Psychosocial
CCHS:	Catholic Community Health Service
CNC :	Centre National Cancer (hôpital Calmette)
DPS :	Direction Provinciale de Santé
DSF:	Douleurs Sans Frontières
GAAC:	Groupe d'Adhésion et d'Accompagnement Communautaire
HACC:	Comité de coordination des ONG santé du Cambodge (Health Action Coordination Committee)
HCM :	Hôpital Central de Maputo
HKS :	Hôpital de l'amitié Khméro-Soviétique
HRX:	Hôpital Rural de Xinavane
JHH:	Japan Heart Hospital
MISAU:	Ministère de la Santé
MoH:	Ministry of Health (ministère de la Santé)
MpM :	(Groupe communautaire) Mères pour Mères
NAIMA + :	Réseau des ONG qui travaillent dans le domaine de la santé et du VIH au Mozambique
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PC :	Palliative Care (Soins Palliatifs)
PEC :	Prise en Charge
PEES :	Plan Stratégique du Secteur Santé
PNS :	Plan National Stratégique de Lutte Contre le Sida
PRH :	Hôpitaux de référence de province (Provincial referral Hospitals)
PVVIH :	Personne Vivant avec le VIH
PTME :	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PTV :	Prévention de la Transmission Verticale
SAAJ :	Service Ami des Adolescents et Jeunes
SDI :	Soins à Domicile Intégrés
SDSMAS :	Service du District de la Santé, de la Femme et de l'Action Sociale
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNS :	Système National de Santé
SP:	Soins Palliatifs
SPS :	Services Provinciaux de Santé
SSR :	Santé Sexuelle et Reproductive
TARV :	Traitement Antirétroviral
TWG-PC :	Technical Working Group Palliative Care (Groupe de travail sur les soins palliatifs)
TB :	Tuberculose
UdD:	Unité de la Douleur (de l'Hôpital Central de Maputo)

Table des matières

I. L'action à évaluer et les acteurs et actrices impliqué-e-s	4
1.1 Présentation succincte de la structure commanditaire.....	4
1.1.1. Mission / objectifs de la structure, organisation interne (succinctement), intégration de l'approche genre dans la structure et/ou les actions	4
1.1.2. Budget global et part relative au pays ou au domaine d'intervention concerné	Erreur ! Signet non défini.
1.1.3. Pratiques d'évaluation de façon générale	4
1.2. Descriptif de l'action à évaluer	5
1.2.1. Informations générales succinctes et utiles pour l'étude sur le contexte national et local : données géopolitiques, sociologiques, économiques, égalité femmes-hommes... ; autres intervenant-e-s / interventions dans la zone de l'action	5
1.2.2. Présentation succincte de l'origine et historique de l'action	7
1.2.3. Objectifs de l'action et stratégie d'intervention.....	7
1.2.4. Bénéficiaires (les données doivent être désagrégées par sexe dans la mesure du possible).	9
1.2.5. Présentation succincte de l'organisation interne (l'équipe) et partenariale (les partenaires, leur rôle et les relations avec la structure). Les données doivent être désagrégées par sexe dans la mesure du possible.	10
1.2.6. Budget de l'action et plan de financement (grandes masses).....	13
1.2.7. Présentation succincte des activités réalisées et principaux résultats obtenus.....	13
1.2.8. Antécédents en matière d'identification, programmation, suivi et évaluation de l'action, d'intégration du genre dans l'action : présentation succincte des dispositifs, modalités d'utilisation / exploitation utiles pour l'étude	15
1.2.9. Intégration du genre : le projet intègre-t-il le genre ou non ? Vise-t-il une contribution à l'égalité femmes-hommes ?.....	16
II. L'évaluation	17
2.1. Justification de l'évaluation.....	17
2.1.1. Origine de la demande.....	17
2.1.2. Attentes et objectifs pour le-la commanditaire (et pour les partenaires de l'action éventuellement si distinct)	17
2.2. Objet de l'évaluation.....	18
2.2.1 Délimitation de l'action à évaluer.....	18
2.2.2. Postulats fondateurs de l'action dont l'évaluation appréciera la pertinence	18
2.2.3. Questions que se posent le-la commanditaire et ses principaux partenaires, et critères d'évaluation à mobiliser.....	19
2.3. Méthodologie	21
2.3.1. Pour la mission.....	21
2.3.2 Pour les restitutions et rapports attendus.....	22
2.3.3. Rôle du-de la commanditaire et de ses partenaires.....	23
2.4. Moyens	23
2.4.1. Humains : expertise recherchée	23
2.4.2. Financiers	24
2.5. Calendrier de réalisation de l'évaluation	24

I. L'action à évaluer et les acteurs et actrices impliqués

1.1 Présentation succincte de la structure commanditaire

1.1.1. Mission / objectifs de la structure, organisation interne (succinctement), intégration de l'approche genre dans la structure et/ou les actions

Douleurs Sans Frontières (DSF) est une ONG de solidarité internationale experte dans la prise en charge de la douleur et le suivi des patients en fin de vie qui travaille depuis près de 25 ans auprès de populations les plus vulnérables. Les actions de DSF sont développées dans 5 pays : Cambodge, Haïti, Madagascar, Mozambique et Arménie. Elle a été créée par des médecins responsables de structures hospitalières en France, spécialisés dans la prise en charge de la douleur, de la souffrance et des symptômes de 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 dans le développement de dispositifs intégrés et adaptés aux systèmes de santé des pays d'intervention. DSF a développé une approche transversale et holistique des patient-e-s qui privilégie l'éthique et la qualité des soins par l'accueil, la bienveillance, la pluridisciplinarité, la communication avec le patient-e et ses proches ou encore la coordination entre les services pour un parcours de soins plus adapté.

Organisation interne

Le siège social de l'association, situé à l'hôpital Lariboisière de Paris, compte une équipe permanente de 10 personnes (salariées et bénévoles). Les dirigeants de l'association sont majoritairement des professionnels de la santé. Les antennes locales comptent des expatriés en mission de longue durée pour la coordination des actions et des salariés locaux pour la réalisation des activités.

1.1.2. Pratiques d'évaluation de façon générale

DSF réalise fréquemment des évaluations externes à la fin de projets pluriannuels. Les modalités de suivi et d'évaluation des activités de DSF répondent à une méthodologie adaptée pour chaque projet dans chaque pays de mise en œuvre. Les activités sont mises en place par les partenaires sous la responsabilité du ministère de la Santé avec lequel est signée une convention de partenariat. Dans chaque pays, un suivi régulier est organisé : suivi du chronogramme et du plan opérationnel, évaluation interne des différents volets, rapports d'activités. Ces actions permettent les réajustements nécessaires le cas échéant. De plus, les activités de DSF sur le terrain d'implémentation du projet sont suivies depuis le siège par des médecins français spécialisés dans la douleur et les soins palliatifs et par des directeurs des programmes : le Dr Philippe Poulain pour le Cambodge. Leurs visites permettent d'assurer la cohérence des résultats et des approches avec les éléments programmés et enrichissent les acteurs du projet d'expériences similaires en cours dans les autres pays d'action de DSF. Un suivi et une analyse des activités et de leurs indicateurs seront réalisés mensuellement par l'équipe santé de DSF tout au long du projet afin de mesurer l'impact des activités et leur ajustement si nécessaire, mais aussi pour identifier les besoins en renforcement de capacités des partenaires. Dans ce cadre, une évaluation interne peut être effectuée à mi-chemin par l'équipe de DSF avec l'appui du siège. Au Cambodge, DSF rend compte également de ses résultats auprès des autorités sanitaires locales (PHD) lors de réunions mensuelles et via la production de rapports semestriels et annuels à destination du ministère de la Santé. De par l'aspect transversal des soins palliatifs, les activités conduites par DSF sont intrinsèquement liées à d'autres programmes/projets publics ou privés.

1.2. Descriptif de l'action à évaluer

1.2.1. Informations générales succinctes et utiles pour l'étude sur le contexte national et local : données géopolitiques, sociologiques, économiques, égalité femmes-hommes... ; autres intervenant-e-s / interventions dans la zone de l'action.

Au Cambodge, le système public de santé délaissé jusqu'à il y a peu fait désormais l'objet d'une attention plus particulière, notamment sous l'impulsion de l'appel du programme des Nations Unies pour le développement et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable. Le gouvernement profite de la croissance économique pour mener des réformes progressistes et confère l'opportunité au ministère de la Santé d'améliorer significativement le secteur de la santé en général et l'offre de service de santé en particulier. Les priorités du gouvernement cambodgien sont d'abord centrées sur les problématiques de mortalité infantile et les maladies transmissibles et infectieuses telles que le VIH, la tuberculose et les hépatites. Cependant, la prévalence du cancer, en augmentation constante, pousse les autorités à s'intéresser à la problématique. En effet, un rapport du ministère cambodgien de la Santé annonce que d'ici 2030, le cancer deviendra la deuxième cause de mortalité dans le pays après les maladies cardiovasculaires. Toujours selon le ministère, cette perspective constitue un défi pour le modèle d'offre de soins du système de santé tel qu'il existe aujourd'hui (maillage des structures de santé inégale, fragile ; pénurie des ressources humaines attirées par le système privé plus rémunérateur). Le constat est inquiétant, au Cambodge, 15 000 nouveaux cas de cancer (surtout col de l'utérus et du sein, du foie, des poumons et de l'estomac) sont recensés chaque année, et plus de 13 000 personnes en décèdent.

Contrairement aux idées reçues, le cancer touche majoritairement les populations rurales, qui composent 80 % de la population totale du pays. Dans un pays où le taux de pauvreté s'élève à 37 %, l'accès aux services de santé repose majoritairement sur le système public, trop faible pour proposer une Prise En Charge (PEC) adaptée. **Le coût des prestations de santé reste très élevé** et représente la première cause d'endettement des ménages. La majorité des patients atteints de cancer sont pris en charge dans la capitale, Phnom Penh, où sont localisés les deux seuls hôpitaux disposant d'un service d'oncologie. **Ainsi, l'offre de soin est centralisée dans la capitale et reste peu accessible pour l'ensemble de la population**, les dépenses annexes que sont le déplacement vers la consultation à Phnom Penh et/ou l'achat de médicaments uniquement accessible à Phnom Penh constituent un frein supplémentaire, voire rédhibitoire pour l'accès aux soins. La prescription de médicaments adaptés, et notamment d'antidouleurs de palier 3 dont la morphine ne peut se faire qu'à travers les services hospitaliers de Phnom Penh. La régulation très contraignante pour l'import, la prescription et la distribution de la morphine en réduit fortement l'accès. De plus, une fois les patients sortis de l'hôpital, aucune prise en charge n'est prévue par le système public de santé. Les plus vulnérables d'entre eux, éloignés géographiquement, ne pouvant se déplacer du fait d'une situation financière précaire et/ou dont la condition physique se dégrade finissent leurs jours dans l'isolement, confrontés à des souffrances non soulagées.

Du fait de leurs conceptions culturelles et religieuses, la majorité des patients ne souhaite pas décéder à l'hôpital et choisit de rentrer au sein de leur foyer, entouré de leurs proches pour leurs derniers moments. En raison de l'absence de structures compétentes pour l'accompagnement à domicile, à un prix raisonnable pour la majorité de la population, les membres de la famille proche assument le rôle d'aidant pour les patients. Ce choix est renforcé par le schéma de famille traditionnel dans lequel les membres les plus âgés sont de la responsabilité des plus jeunes. L'attention que réclament les patients en phase terminale force le plus souvent les aidants à quitter leur emploi, aggravant une situation économique déjà difficile.

Au Mozambique,

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** (180e 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. En outre, l'Afrique australe est en passe de tomber dans **une insécurité**

alimentaire sans précédent selon le PAM¹. En zone rurale, où l'agriculture reste la principale source de revenus du pays pour 80 % de la population, celle-ci subit de plein fouet **l'impact du réchauffement climatique** (sécheresses, inondations, cyclones) sur les cultures. Beaucoup de femmes travaillant dans des petites exploitations vivrières voient d'année en année leurs rendements agricoles diminuer. Les produits de base sont alors importés, mais trop chers pour les populations locales qui peinent à se nourrir. L'épidémie du **Covid-19 et aujourd'hui la guerre en Ukraine** ont aussi considérablement impacté l'économie locale, en augmentant les prix des produits de première nécessité et cela pour un temps indéterminé.

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 santé. Seuls 39,3 % de la population se trouvent dans un rayon de 8 km ou moins d'une unité de santé primaire. 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. Il convient de noter que les femmes mozambicaines sont confrontées au fardeau disproportionné du VIH au cours de leur cycle de vie, mais la disparité est la plus marquée chez **les adolescentes de 15 à 19 ans et les jeunes femmes de 20 à 24 ans** dont la prévalence est largement supérieure à celle de leurs pairs masculins (respectivement 6,5 % et 13,3 % pour les femmes et 1,5 % et 5,3 % pour les hommes)⁴.

Le présent projet cible particulièrement **les provinces de Maputo et de Gaza**, 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 %**⁵ 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).

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 intégré 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 soins palliatifs 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 <https://news.un.org/fr/story/2020/01/1059932>

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 IMASIDA 2015

⁵ 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.

1.2.2. Présentation succincte de l'origine et historique de l'action

DSF travaille au Cambodge depuis plus de 20 ans et a développé une expertise et un réseau de partenaires adapté au développement des thématiques traitées par les équipes. Le programme de Douleurs Sans Frontières s'est d'abord intéressé en 2005 à la **prise en charge de la douleur et des symptômes incontrôlés** au sein de l'hôpital, puis en ambulatoire, des patients indigents atteints du **VIH/Sida**, puis les patients touchés par un **cancer**. Les avancées du projet notamment en termes de renforcement de capacités du personnel soignant du système public ont conduit en 2009 à la création d'un **Centre de Référence pour le traitement de la douleur à l'hôpital Calmette à Phnom Penh**, toujours en activité aujourd'hui.

Une **première unité de soins palliatifs** de 15 lits s'est installée à l'initiative de DSF au sein de ce même hôpital national (seule structure publique capable d'offrir une prise en charge globale aux patients cancéreux) en 2011. À cette date en effet, le ministère de la Santé et l'hôpital Calmette ont pour projet de développer un Centre de Lutte Contre le Cancer (CNC). Consciente de l'intérêt de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, la direction de cet hôpital a sollicité l'expertise de DSF afin de rendre son personnel opérationnel dans ces domaines dès l'ouverture de ce centre.

En 2013, afin de répondre au besoin d'accompagnement des patients lors de leur sortie de l'hôpital, DSF initie un **projet d'offre de soins palliatifs à domicile** en collaboration avec l'organisation SOPO pour le suivi des patients à Phnom Penh. Conformément aux objectifs définis dans le projet initial, l'unité de soins palliatifs au sein de Calmette est fermée à cette même période. Le programme de soins palliatifs à domicile s'étoffe peu à peu grâce à de nouvelles collaborations avec l'appui de partenaires locaux à Phnom Penh et en province. La décision d'initier le programme dans les hôpitaux de Phnom Penh repose à la fois sur les capacités de ces structures en termes de compétences, de ressources humaines et d'équipements. En effet, la présence de **services spécialisés**, notamment en cancérologie, permet d'atteindre plus facilement les patients ciblés. Le partenariat mis en place avec ces structures est désormais efficace. Cependant, en étudiant le profil et le parcours des patients inclus chez DSF, il apparaît que nombre d'entre eux n'ont pas transité par ces hôpitaux, soit par peur des frais médicaux, soit par impossibilité de couvrir les frais de transport pour s'y rendre. Ces populations recherchent ou sont contraintes à avoir recours au service de proximité que propose le système de santé primaire, comprenant les hôpitaux provinciaux. **Les activités de dépistage** conduites dans les structures de santé et jusque dans les villages ruraux ont révélé la présence de nombreux patients requérant des soins palliatifs, au-delà même du profil initialement visé. Conscientes de ces difficultés rencontrées par leurs administrés, les autorités sanitaires provinciales et des districts opérationnels (PHD, OD) ont fait part et ont démontré leur désir de travailler avec DSF.

Implantée au Mozambique depuis 1996, DSF a développé plusieurs programmes visant l'amélioration de la PEC de la douleur, des symptômes de fin de vie et de la souffrance des populations. DSF a également travaillé avec succès en partenariat avec les institutions gouvernementales (MISAU, DSCM, DPS, SDSMAS) et des acteurs de la société civile pour le développement et la reconnaissance des soins de la douleur et des soins palliatifs par le système national de santé (SNS). En 2007, dans le cadre d'un partenariat avec le MISAU, DSF a aidé l'Hôpital Central de Maputo (HCM) à mettre en place une unité de la douleur (UdD). Grâce à l'engagement des professionnels de la santé et du gouvernement en général, l'UdD de l'HCM est maintenant autonome et constitue l'unité de référence en matière de Douleur, elle est responsable des consultations de la douleur au niveau national. Depuis 2009, DSF a mis en place un système de soins à domicile intégrés (SDI) et de prise en charge (PEC) de la douleur pour les patients dans les districts de Chibuto, Xai-Xai, Limpopo, Guijá, Chókwe et Massingir, situés dans la province de Gaza. Des consultations sur la douleur ont également été créées aux hôpitaux de Xai-Xai, Chibuto, Chicumbane, Chókwe — et au centre de santé de Massingir. Ainsi, plus de 23 089 patients ont été suivis pendant cette période, 78 % sont des femmes et 85 % d'entre elles sont infectées par le virus du VIH/SIDA.

1.2.3. Objectifs de l'action et stratégie d'intervention

Au regard de la situation, DSF souhaite poursuivre plusieurs objectifs complémentaires dans les zones visées afin d'améliorer l'accès aux soins et le suivi des patients, la prise en charge de la douleur et la mise en place des soins palliatifs.

Il s'agit tout d'abord de répondre aux besoins courants de la population, en proposant **une prise en charge adaptée**, à différents échelons du système de santé, en milieu hospitalier (hôpitaux nationaux, PRH et DRH, Consultations Douleur), centres de santé (HC) jusqu'au domicile des patients via les Soins à Domicile Intégrés. DSF insiste sur **le déploiement d'un service de santé à domicile**, là où les besoins sont les plus forts, que ce soit pour permettre aux populations isolées pour des raisons géographiques, économiques ou physiques, d'accéder à des soins adaptés à leur pathologie et en fonction du degré d'avancement de leur maladie. Cette décentralisation est une pratique innovante au Cambodge qui passe par la mise en œuvre d'un réseau pluridisciplinaire, composé d'acteurs et d'actrices mettant leurs expertises respectives en synergie afin de :

1. Garantir l'accès (système d'identification et référencement des patients, extension de la zone couverte),
2. Garantir la qualité des soins (renforcement de capacité des soignants et des structures, accès aux médicaments, qualité du suivi en proximité/à domicile),
3. Diversifier l'offre de prise en charge (soutien psychosocial et sensibilisation au sein des communautés)
4. Intégrer l'offre au système public (plaidoyer).

Le plaidoyer commence à produire des résultats positifs, les résultats obtenus respectivement sur ces différents terrains, chacun avec ses spécificités et ses modalités opérationnelles ont abouti à une prise de conscience positive de la part des autorités sur l'approche holistique qui est mise en œuvre et qui nous amène à poursuivre nos efforts en ce sens et même à développer l'action pour couvrir davantage de bénéficiaires.

Ce projet de 3 ans est la première phase d'un programme à plus long terme.

Objectif stratégique par pays	À court terme	À moyen terme	À long terme
Cambodge : Améliorer l'accès aux SP (échelon national et local) dans le Système National de Santé (SNS) du Cambodge	Établir un groupe de travail technique sur les soins palliatifs avec le ministère de la Santé	Développer un Plan national de Santé pour les soins palliatifs au Cambodge Intégrer les SP dans le curriculum de formation initiale des professionnels de santé	Étendre l'offre de soins palliatifs aux communautés locales
Mozambique : Développer et promouvoir le réseau national de Soins Palliatifs et de la Douleur en vue d'une amélioration de la qualité de soins et de l'offre de services aux usagers du système de santé.	Établir un nouveau réseau de Soins à Domicile Intégré et renforcer les soins de prises en charge de la douleur dans de nouvelles zones d'action via l'ouverture d'une nouvelle CdD. Inclure la Prise en charge de la douleur et les Soins Palliatifs dans les plans stratégiques de santé.	Développer les Soins Palliatifs au Mozambique (renforcements du SNS, mise en place de structures de prise en charge). Renforcer ces services dans la province de Sofala (milieu du pays) et de Maputo. Renforcer des acteurs de la société civile en Soins palliatifs et douleur.	Étendre les Soins Palliatifs et la prise en charge de la douleur aux provinces du nord du Pays afin d'avoir 3 Unités de la Douleur et de Soins Palliatifs de référence au Mozambique (Maputo, Beira, Nampula).

À l'échelle nationale du Cambodge, des professionnels de santé ont par le passé été formés aux soins palliatifs dans les hôpitaux de Phnom Penh. DSF les accompagne aujourd'hui via un soutien technique leur permettant de maintenir leurs compétences. À plus long terme, DSF souhaite initier une campagne de formation visant les hôpitaux provinciaux et les partenaires locaux permettant ainsi une meilleure prise en charge des patients, puis à l'échelle des districts avec le renforcement de capacités des organisations locales, dont les moyens sont limités et plutôt centrés sur l'identification et l'orientation des patients vers le niveau supérieur.

Stratégie sur l'approche famille notamment lors des soins à domicile :

Au Mozambique, les Soins à Domicile Intégrés (SDI) sont dirigés en priorité pour des personnes vivant avec une maladie chronique dont le VIH/SIDA, en situation de vulnérabilité due à différents paramètres (socioéconomique, insécurité alimentaire, sans aidant) et/ou les personnes avec une mobilité réduite (atteintes de handicap, alitées et/ou en fin de vie). Au Cambodge ce sont plus généralement les patients atteints de cancer notamment en phase terminale. Tout est fait pour que l'Agent Communautaire de Santé (ACS) et/ou les professionnels de santé DSF, suite à l'identification d'un patient, soit bien accueilli par celui-ci et par sa famille. Il y a un protocole clair de présentation et d'introduction des objectifs des SDI. De même, les membres de la famille des patients et les aidants familiaux sont largement impliqués dans la mise en place des SDI. Ils bénéficient d'un appui à travers : un appui psychosocial, une sensibilisation (VIH, SSR, autre), des conseils techniques pour savoir comment prendre en charge le patient au domicile (hygiène, manipulation, nutrition, médication, etc.). Ainsi, les SDI mettent en avant une approche prenant en compte la famille entière du patient, car quand un patient souffre, c'est toute la famille qui est affectée. De même, dans une approche palliative, nos psychologues et infirmières peuvent préparer la famille et le patient à « la mort » et accompagnent la famille pendant la phase de deuil.

Articulation et dispositif de mise en œuvre multipays :

Les deux pays déploient une expertise technique spécifique, le Cambodge est très axé sur les soins palliatifs et le Mozambique sur la prise en charge de la douleur et les Soins Palliatifs à domicile (le SP n'est pas réalisé en intra hospitalier dans cette zone). Ainsi les expériences développées dans ces 2 contextes sont partagées, les deux pays s'appuient et s'enrichissent mutuellement. La capitalisation d'expérience a déjà porté ses fruits sur la gestion et l'encadrement des Aidants familiaux par exemple. Un Guide des aidants familiaux a pu être produit qui découle de projets déployés dans 3 pays DSF. Des documents de cadrage technique en Appui Psychosocial et soins à domicile sont en cours de développement pour être capitalisés à l'issue de cette phase I et grâce aux expériences développées dans les 2 pays. Ce projet multi pays nous donne les moyens de renforcer l'assise de DSF dans son expertise, de renforcer le socle tout en travaillant sur l'adaptabilité aux différents contextes. Sur la phase II du projet d'ailleurs, le Mozambique compte ainsi apprendre de l'expérience en SP intra-hospitalier de DSF au Cambodge et à contrario, le Cambodge souhaite développer les SP en renforçant leur approche communautaire via les Soins à Domicile Intégrés mis en place depuis de nombreuses années au Mozambique. Il est prévu de renforcer ces échanges par des ateliers de travail, le partage d'expériences et la formalisation de documents techniques de capitalisation qui permettront de faciliter la mise en place de cette expertise dans chacun des pays.

1.2.4. Bénéficiaires (les données doivent être désagrégées par sexe dans la mesure du possible).

Bénéficiaires directs : 13 690 patients atteints de maladies chroniques et/ou en fin de vie **(+/- 70% de femmes)** ; **21 500** personnes et leurs familles sensibilisées au VIH/SIDA, TB, douleur et soins palliatifs et conscientes de leur statut sérologique (Moz) ; **200** professionnels de la santé et **80** étudiants en médecine formés ; **48** agents communautaires de santé (Moz) ; **6** associations communautaires (83 membres) (Moz), soit **35 534 bénéficiaires directs**.

Bénéficiaires indirects : La population des deux districts concernés au Mozambique (272 306 personnes) et la population des 10 provinces ciblées au Cambodge (10 132 046 personnes) soit 10 404 352 personnes.

1.2.5. Présentation succincte de l'organisation interne (l'équipe) et partenariale (les partenaires, leur rôle et les relations avec la structure).

L'organisation interne

- Au siège

Les actions développées dans 5 pays : Cambodge, Haïti, Madagascar, Mozambique et Arménie sont menées en partenariat avec des structures locales (hôpitaux, associations, universités...). Un réseau de professionnels de la santé spécialisé (médecins, infirmiers, psychologues, pédopsychiatres...) assure bénévolement les missions d'expertise dans le cadre de la formation et de l'appui technique aux différents programmes.

L'équipe programme DSF au siège est composée d'une Comptable, d'une Responsable Administrative et Financière (RAF), d'une Coordinatrice Générale (CG), d'une Chargée des financements publics et privés (CFPP), d'un Chargé de Communication (CC), d'un Référent médical, d'une psychologue, d'un Chargé de gestion financière des projets, d'une Assistante programmes ainsi que de bénévoles au siège ou rattachés aux missions dont 6 Directeurs Programmes professionnels de la santé (DP).

Chaque mission des pays d'intervention de DSF est soutenue par un Directeur de Programme disposant d'une expertise technique sur les sujets traités (douleurs, soins palliatifs, etc.). Ces derniers se rendent régulièrement sur le terrain afin d'évaluer la qualité des interventions (notamment en ce qui concerne la qualité des soins) et leur cohérence avec les stratégies développées par DSF, et d'appuyer les équipes locales sur des besoins spécifiques. Malheureusement pour le Cambodge, du fait des restrictions de voyage, les missions de supervision et de soutien technique initialement prévues par DSF n'ont pas pu être réalisées sur la tranche 1 du présent projet (18 premiers mois). Un soutien à distance a néanmoins été mis en place. Au Mozambique, le Dr. Vianney Mourman a pu se rendre sur place en octobre 2021 afin d'y découvrir les nouvelles activités.

- Sur le terrain

L'antenne locale de DSF au Cambodge est composée d'un Directeur National, d'un Coordinateur Administratif, Financier et Logistique tous deux expatriés en volontariat de solidarité internationale. L'équipe locale médicale en charge des activités est composée de deux infirmières, de deux médecins, d'une pharmacienne et d'une psychologue. Cette équipe médicale est coordonnée par une coordinatrice médicale. La coordination du projet et le reporting sont réalisés par le Directeur National.

Nos équipes médicales prodiguent des soins et délivrent des médicaments aux patients en situation palliative dans nos locaux, au domicile des patients et un suivi des patients peut être effectué par télé-médecine.

De plus nos équipes se rendent chaque semaine dans les hôpitaux de Phnom Penh pour y soutenir les équipes hospitalières dans l'identification et la prise en charge des patients en stade terminal. Des activités de sensibilisation et de formation y sont renouvelées à chaque changement d'équipe pour maintenir la bonne collaboration et assurer la diffusion des messages de DSF auprès du personnel et des patients.

Les besoins en formation des professionnels du système national de santé sont identifiés par le ministère de la Santé et l'Université de Médecine de Phnom Penh, DSF participe à l'élaboration du programme de formation avec ces entités.

L'antenne locale de DSF au Mozambique, est composée d'un Directeur National, d'une Coordinatrice Administratif, Financier et Logistique tous deux expatriés en volontariat de solidarité internationale.

L'équipe technique de santé, basée dans la province de Gaza, est composée : d'un responsable projet, psychologue de formation, d'une psychologue clinique et d'un stagiaire psychologue, d'une infirmière spécialisée en douleur et soins palliatifs, d'un technicien pour les Activités Génératrices de Revenu. L'équipe technique se rend sur le terrain afin de superviser les activités de santé (Soins à Domicile Intégrés – SDI, CdD, sensibilisation) et de prendre en charge les patients dont les problèmes de santé

dépassent les capacités de prise en charge des Agents Communautaires de Santé de notre partenaire AMDEC (appui psychosocial, PEC de la douleur, SP).

L'équipe support est composée d'une officielle d'administration, un logisticien capital et d'un administrateur logisticien de base.

Les partenaires

Stratégie partenariale au Cambodge

Présent depuis une vingtaine d'années au Cambodge, DSF travaille avec succès en partenariat avec le ministère de la Santé et les acteurs de la société civile pour la reconnaissance et le développement de la PEC de la douleur et des soins palliatifs. Grâce au développement du réseau national et régional de Soins Palliatifs qui entend répondre aux besoins des patients en proposant un accompagnement pour la fin de vie. Ce réseau est constitué de partenaires hospitaliers et de partenaires locaux qui identifient et réfèrent les patients, qui sont inclus dans le programme DSF et suivis par les équipes médicales. L'objectif est ici de permettre une meilleure identification des patients nécessitant des soins palliatifs à des échelons variés, avec un accent particulier pour l'échelle communautaire, dans le but de les orienter vers des services qualifiés. Il s'agit de renforcer également les capacités de soutien de ces réseaux et des aidants familiaux, afin d'améliorer les conditions de prise en charge à domicile et de favoriser la gestion autonome des cas les moins complexes. Pour ce faire, DSF souhaite mettre l'accent sur la formation à l'échelle communautaire, une stratégie qui correspond également à la vision du ministère de la Santé cambodgien, telle que décrite dans son Plan National Stratégique de Prévention et lutte contre les Maladies Non Transmissibles 2022-2030. Le développement des réseaux nationaux et régionaux se réalise également à travers la formation et soutien technique des professionnels de santé des organisations de la société civile, hôpitaux provinciaux et centres de santé partenaire qui ont lieu depuis 2021 et continueront jusqu'à la fin du projet en 2023. DSF appuiera également l'Université de Médecine de Phnom Penh par la formation des étudiants en médecine à la PEC de la douleur et aux Soins Palliatifs, formations qui auront lieu durant l'année 2023.

Le ministère de la Santé du Cambodge

DSF est fortement impliqué depuis plusieurs années dans des activités de plaidoyer et de soutien technique auprès des autorités de santé afin de faire reconnaître l'importance des SP pour un système de santé plus juste et équitable visant à l'accès universel à des soins de qualité.

Sous l'impulsion de DSF un groupe de travail ministériel a été créé en 2017, et est en charge de mener les réflexions en ce sens. Jusqu'en 2020, il s'est agi cependant d'une initiative peu engageante.

Sous l'insistance de DSF, la liste des membres a été réactualisée et une première réunion a eu lieu début 2021 malgré le contexte sanitaire. DSF a présenté ses activités et exposé les axes de développement possibles. La décision fût prise de rédiger un document de procédure (S.O.P - Standard Operating Procédure) basé sur les observations et recommandations de DSF.

Une première version en anglais est en cours de finalisation, qui doit être traduite en langue khmère. Par la suite sur les prochaines années, le Technical Working Palliative Care du MOH doit rédiger des guidelines d'intervention et un programme de formation nationale avec le Moh et l'UHS de PP. Ceci afin d'étendre la prise en charge palliative sur tout le territoire Cambodgien.

En parallèle, DSF produit des ressources-clés pour son fonctionnement interne – contenu de formation, guide pour la prise en charge à domicile – que l'organisation soumettra à la validation des autorités au fur et à mesure des avancées souhaitées et entreprises par le ministère.

Université de Médecine de Phnom Penh :

DSF a dispensé historiquement des formations douleurs et Soins palliatifs aux étudiants de Médecine du programme international de 4 et 5ème année.

L'objectif à moyen terme avec l'Université de Phnom Penh est l'intégration de formations initiales des médecins, des pharmaciens et des infirmiers en soins palliatifs avec la mise en place de formations de formateurs avec le soutien de DSF (en attendant l'émergence d'un vivier de formateurs nationaux suffisants). L'intégration de ces professionnels reconnus au sein des structures de santé publique,

nationales et provinciales, constituerait à long terme une autonomisation du système public de santé pour la PEC palliative.

Les Hôpitaux Nationaux : Calmette, HKS, Kossamak

Hôpital Calmette

Partenaire historique de DSF, l'hôpital Calmette est le plus avancé dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Considéré comme le meilleur hôpital public et bénéficiant d'une bonne réputation, il accueille à la fois la population aisée de Phnom Penh et une population plus désavantagée via le service de médecine B, réservée aux indigents. Son Centre National Cancer (CNC) dédié, ouvert en 2018, n'est cependant pas encore totalement opérationnel, par faute de financement et de ressources humaines compétentes.

HKS (Hôpital Khméro Soviétique)

Second hôpital disposant d'un service d'oncologie, HKS accueille la population plus démunie du Cambodge et atteint un taux d'occupation de 300 %. Il ne bénéficie ni de la bonne réputation ni des ressources budgétaires de l'hôpital Calmette, et les besoins de renforcement de capacité des équipes médicales sont nombreux. En 2019, 18 % des patients pris en charge par DSF étaient référés par cet hôpital.

Hôpital Kossamak

La collaboration avec l'hôpital Kossamak a été initiée au travers du partenariat avec MSF. L'hôpital Preah Kossamak est situé dans l'une des régions les plus défavorisées de Phnom Penh. S'il ne dispose pas de service d'oncologie, il prend en charge des patients n'ayant que rarement recours aux services spécialisés, par manque d'information ou de moyen.

Les autres organisations partenaires de DSF que sont les organisations de la société civile constituent un relais non négligeable pour l'identification, la prise en charge des patients et leur référencement à DSF. Afin d'atteindre un nombre plus important de bénéficiaires, DSF souhaite accroître la collaboration avec ces organisations spécialisées ou non dans le domaine de la santé, les agents de ces organisations sont formés à l'identification et au référencement de patients. Ils peuvent également apporter leurs propres compétences, qui manquent actuellement à DSF pour compléter la prise en charge des patients : aide sociale, soutien financier et/ou logistique, éducation des aidants, etc.

Au démarrage du projet, DSF collabore avec 3 OSC (CCCA, MSF et JHH) pour le référencement et la PEC conjointe de patients, MSF a stoppé ses activités au Cambodge en 2021 pour des raisons internes.

De nouvelles OSC ont été identifiées et ont rejoint le réseau de référencement dans la zone de Phnom Penh : le Mercy Medical Center et le Hebron Medical Center. Des discussions de partenariat s'opèrent actuellement avec Louvain Coopération - une ONG universitaire belge travaillant à la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé mentale dans la province de Kampong Cham - avec laquelle un partenariat visant à renforcer les capacités des réseaux partenaires locaux de Louvain pour la mise en œuvre d'un système de référencement mutuel et de PEC complémentaire de patients en situation palliative dans les districts ciblés est prévue sur la tranche 2 du projet en cours.

Partenaire principal de DSF au Cambodge : Catholic Community Health Service (CCHS) dispose de 2 centres d'accueil à Phnom Penh, fournissant des services de diagnostic, de conseil et de traitement, et des références vers divers établissements de santé à Phnom Penh. L'un de ces centres est particulièrement réservé aux patient-e-s qui ont besoin de soins chroniques ou qui sont à des stades avancés et terminaux de la maladie. Des soins palliatifs y sont fournis, ainsi que des services funéraires. CCHS réfère cependant à DSF les patient-e-s nécessitant un suivi à domicile dans la zone de Phnom Penh. En contrepartie, un médecin du CCHS assure la prise en charge à domicile des patients résidants dans les provinces de Sihanoukville, Takeo et Kampot pour lesquels DSF fournit les médicaments. Le suivi des patients à leur domicile est voué à être transféré à long terme à cette association cambodgienne. L'ONG française évolue vers un rôle de conseil technique et de soutien à la recherche de fonds et la gestion de projet, en attendant l'autonomie complète de la structure. En fonction des objectifs atteints et de la volonté des autorités locales, les activités de plaidoyer évolueront vers la reconnaissance des soins à domicile notamment dans le système de sécurité sociale cambodgien.

Stratégie partenariale au Mozambique

AMDEC : Association Mozambicaine pour le Développement Concerté.

Créée en septembre 2003, l'AMDEC est une ONG mozambicaine à but non-lucratif qui compte 15 ans d'expérience dans le domaine de la santé (prévention VIH, tuberculose, paludisme et nutrition). Elle mène ses activités dans la province de Maputo, y compris dans les districts de Magude et de Manhica. Avec ses agents communautaires, elle met en place des SDI 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 partenariat d'AMDEC avec DSF remonte à 2009. Cela a commencé par un travail de conseil en appui institutionnel : elle faisait partie des 10 associations communautaires partenaires qui ont bénéficié des conseils de DSF en appui institutionnel à Chókwè. C'est donc une nouvelle collaboration qui a débuté pour ce projet en 2020.

Les 6 associations communautaires de la province de Gaza déjà partenaires du précédent projet AFD: Constituées par des Agents Communautaires de Santé, elles dispensent des soins à domicile intégrés dans 6 districts de la province de Gaza. Sur ce projet AFD, elles bénéficient d'un soutien dans la mise en place d'Activités Génératrices de Revenus (AGR), activités intégrant la stratégie de sortie de DSF de cette province.

UDSP HCM : Unité de la Douleur et de soins palliatifs de l'hôpital central de Maputo.

UDSP de référence à l'échelle nationale, elle est créée en 2007 sous l'impulsion et avec l'aide de DSF. En 2020, elle est composée de deux médecins et d'une dizaine d'infirmières à plein temps, ainsi que de 2 psychologues. Le service est dynamique et organise conjointement avec DSF, des formations et des stages de professionnels de santé du SNS en PEC de la douleur et soins palliatifs. Dans le cadre du présent projet, il est prévu de former 20 professionnels de santé, dont 2 médecins qui auront l'opportunité de faire un stage au sein de l'UDSP. DSF et l'UdD prennent en compte le genre et essayent d'avoir une parité dans la formation des professionnels de santé.

Avec le support technique de DSF, un service des soins palliatifs devrait voir le jour courant 2023 via un projet parallèle. Ce service sera rattaché à l'UDSP afin d'apporter une complémentarité aux soins fournis et comprendra un service pédiatrique. Il sera de même une référence nationale pour les soins palliatifs au Mozambique et pourra servir de plateforme de stage pour les étudiants en médecine ou les professionnels déjà en activité.

La Direction Provinciale de la Santé (DPS) et les Services Provinciaux de la Santé (SPS) coordonnent le domaine de la santé au niveau provincial. Elle supervise les activités menées par les organisations dans le domaine de la santé. Elle organise des réunions de coordination avec les partenaires locaux. Les activités mises en place doivent être complémentaires aux actions de la DPS.

Le Service du District de Santé, pour les Femmes et l'Action Sociale (SDSMAS), est responsable des activités de santé mises en œuvre dans le district ; il fournit des techniciens et des professionnels de la santé pour effectuer des supervisions et un suivi technique des ACS ; c'est le point focal des unités de santé pour le référencement/contre-référencement des patients venant de la communauté.

1.2.6. Budget de l'action et plan de financement (grandes masses)

Le budget total du projet est de 1 480 000 € pour un projet de 36 mois. Plusieurs cofinancements complètent le financement AFD dont une part en fonds propres.

1.2.7. Présentation succincte des activités réalisées et principaux résultats obtenus

De façon générale, le projet a souffert des effets de la crise sanitaire de la Covid-19 qui fut exacerbée au démarrage du projet. La tranche 1 du projet multi pays en cours a été réalisée avec forcément un certain nombre d'activités qui n'ont pu être réalisées et/ou sont en retard. Nous avons dû en reporter un certain nombre sur la tranche 2 du projet. Aussi, nous avons profité du rapport de la tranche 1 pour réajuster le cadre logique afin de proposer des activités et des indicateurs plus adaptés à la réalité terrain. Nous

avons en effet constaté des incohérences au cours de la mise en œuvre du projet qui découlent également de l'écriture du cadre logique initial.

Présentation des activités réalisées et des résultats obtenus sur la première tranche du projet :

OS1 :

A1.1.3 Recrutement et formation des équipes médicales mobiles (médecins, infirmiers et agents communautaires) sur les thématiques adaptées aux besoins des patients (ATS, RSS, PF, santé de l'adolescent, IST, tuberculose, paludisme, soins de santé primaires, douleur et soins palliatifs).

- *2 médecins, 3 infirmiers et 1 pharmacienne formée aux SP.*
- *48 ACS (agents communautaires de santé) et 3 infirmiers superviseurs formés et actifs ; 80% d'ACS qui obtiennent un score supérieur à 70/100 (ou équivalent) à l'issue du test final de la dernière formation.*

A1.1.2 Mise en place du réseau de soins à domicile avec des équipes mobiles pour la sensibilisation, le suivi, le traitement et le soutien psychosocial des patients atteints de maladies chroniques et leurs familles.

- *1300 patients par an sont suivis par un infirmier via téléphone.*
- *25% de consultations au domicile des patients*
- *1074 patients reçoivent des soins à domicile Intégrés (SDI) dans la province de Maputo.*

A1.1.3 Support technique, supervision et appui aux associations communautaires partenaires de la Province de Gaza dans la mise en place de soins à domicile et des Activités Génératrices de Revenus et réalisation d'une étude de capitalisation d'AGR.

- *6033 patients bénéficient de SDI de la part des 6 associations partenaires dans la Province de Gaza.*
- *6 associations avec une AGR collective active à la fin du projet.*
- *Une supervision technique semestrielle est réalisée pour les six associations partenaires de la province de Gaza.*

A1.2.1 Création de groupes de soutien accessibles aux patients et à leurs familles.

- *7 groupes d'Appui à l'Adhésion Communautaire (GAAC), de MpM et de soutien sont créés.*
- *186 patients et les membres de leurs familles bénéficient d'un soutien psychologique et psychosocial.*

A1.2.2 Création de groupes d'épargne rotatifs hétérogènes basés sur les groupes de soutien communautaire et les groupes « mère pour mère »

A1.2.3 Visites mensuelles de suivi, de coordination et d'appui psychosocial dans les différents groupes.

- *51 membres des groupes communautaires bénéficient d'un appui psychosocial trimestriel par les psychologues / conseillers de DSF.*

A1.2.4 Soutien psychosocial dédié des patients et leurs familles par le conseiller DSF.

OS2 :

A2.1.1 Ouverture d'une nouvelle consultation Douleur.

- *13 patients ont bénéficié d'une CdD à l'HRX.*
- *13 consultations douleur sont réalisées dans la CdD de l'HRX.*
- *Création d'une consultation douleur à l'hôpital Rural de Xinavane (Moz).*

A2.1.2 Sensibilisation des agents communautaires et professionnels de santé à l'identification et l'orientation des patients dans le cadre du système de référencement et contre-référencement.

- *Le système de renforcement / contre référencement de patients avec les unités de santé et les CdD est mis en place dans la province de Maputo et renforcé dans la province de Gaza.*
- *22 patients dont PVVIH référencées entre les différentes structures tout au long du projet.*
- *46 professionnels de santé et acteurs de santé partenaires formés au système de référencement.*

A2.2.1 Formation et soutien technique des professionnels de santé des OSCs, hôpitaux provinciaux et centres de santé partenaires.

- *70% de taux de réussite aux tests techniques lors des formations des professionnels de santé.*
- *70 professionnels de la santé formés à la PEC de la douleur et SP d'ici la fin du projet dans les hôpitaux provinciaux et les équipes mobiles.*
- *80 visites de soutien technique organisées dans les hôpitaux partenaires.*

A2.2.2 Organisation de stages professionnels de santé à l'unité Douleur de référence (Moz).

- *2 professionnels intégrés à la CdD participent à un stage de formation à l'UDSP de l'HCM.*

A2.2.3 Formation des étudiants en médecine et en école d'infirmiers à la PEC de la douleur et aux SP.

- *5173 bénéficiaires directs du projet sensibilisés.*

OS3 :

A3.1.1 Organisation d'événements publics de sensibilisation axés sur la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs et/ou les maladies chroniques.

- *3 Événements communautaires de sensibilisation organisés où sont sensibilisées 768 personnes.*
- *1 participation à des journées commémoratives / internationales sur des thèmes de santé publiques.*
- *768 personnes atteintes via les campagnes de sensibilisation / communication de DSF / médias de masse.*

A3.1.2 Diffusion de messages de sensibilisation et des services offerts par le projet.

- *1 partenariat créé avec une radio communautaire.*

A3.2.1 Organisation de réunions entre les intervenants en santé du réseau de soins à domicile et des unités de santé.

- *3 réunions semestrielles entre les intervenants du réseau de soins à domicile et les centres de santé réalisées.*
- *Participation aux réunions de coordination des acteurs de santé.*
- *Participations aux réunions consultatives /workshops organisées par les autorités de santé.*
- *Réunions de coordination / ateliers organisées avec les structures hospitalières.*
- *Signature de conventions de partenariat avec les partenaires institutionnels.*

A3.2.2 Conception de procédures de référencement, de modules de formation et de documents de capitalisation des méthodes et techniques de prise en charge de la douleur et SP à destination du personnel soignant, des OSC et des ACS.

- *Procédure de référencement mise en place dans la province de Maputo et capitalisée.*
- *Procédure de référencement aux échelons nationaux, provinciaux et de districts.*
- *Procédures de référencement/ contre référencement avec les OSC partenaires.*
- *Modules de formation mis en commun avec le Cambodge et capitalisé au siège de DSF.*

A3.2.3 Formalisation des accords et conventions de partenariat avec les OSCs et les autorités sanitaires au niveau régional et national

- *8 accords de partenariats signés avec les autorités locales et les structures de santé.*

A3.2.4 Mener des actions de plaidoyer pour promouvoir les SDI, la PEC de la douleur et les SP pour les patients atteints de maladies chroniques.

1.2.8. Antécédents en matière d'identification, programmation, suivi et évaluation de l'action, d'intégration du genre dans l'action : présentation succincte des dispositifs, modalités d'utilisation / exploitation utiles pour l'étude

L'ensemble des données et des résultats des activités des projets sont disponibles dans les rapports des projets précédents et pour celui en cours dans le rapport intermédiaire transmis à l'AFD.

Ils seront remis aux consultant-e-s. Ces éléments présentent le bilan des activités de DSF et ses partenaires sur tous les volets du projet.

Un système de suivi-évaluation est mis en place. Il est essentiellement composé de :

- Un tableau de suivi des indicateurs d'objectifs, résultats et activités du projet en cours ;
- Un tableau de suivi des patients pris en charge incluant l'âge et le sexe (data base patient).

Ce système permet de récolter toutes les données relatives au suivi des indicateurs et des bénéficiaires. Cependant, son application n'est pas toujours régulière (informations souvent transmises tardivement ou en cumulant plusieurs mois). Le suivi du contexte permet d'adapter les modalités de mise en œuvre des activités.

Différents documents nés de la phase de conception, ainsi que ceux mentionnés ci-dessus et certains autres seront mis à disposition des consultant-e-s:

- La proposition initiale de programme,
- les accords de partenariat et les conventions (AFD, partenaires),
- les rapports périodiques d'activités,
- les rapports intermédiaires mi-parcours transmis à l'AFD,
- le rapport de capitalisation, etc.

Les consultants.es auront accès à ces documents et pourront analyser l'évolution du projet à travers ces derniers : depuis la phase de conception avec les indicateurs de bases décrits dans le cadre logique initial ; par les outils de suivi du projet montrant l'évolution des activités et de leurs indicateurs ; via la restructuration du cadre logique modifié par l'ANO et présenté pour la tranche 2 du projet.

L'articulation entre la présente évaluation et le dispositif de suivi évaluation de DSF permettra entre autres d'analyser ce dispositif et de mettre en lumière les éléments d'amélioration et d'apporter un recul extérieur sur notre système.

1.2.9. Intégration du genre : le projet intègre-t-il le genre ou non ? Vise-t-il une contribution à l'égalité femmes-hommes ?

Le projet ne vise pas directement une contribution à l'égalité femmes-hommes. L'intégration des questions de genre dans notre programme de santé vise à garantir que chaque individu, où qu'il soit, puisse bénéficier de services de santé de qualité au moment et dans la zone où il en a besoin. Cette prérogative constitue la couverture sanitaire universelle, qui implique la garantie de l'égalité des sexes dans toutes les actions menées. Ainsi, l'approche psychosociale intégrée dans les activités communautaires prend en compte ces questions pour mieux répondre aux attentes des différents publics rencontrés et faire face aux diverses problématiques que les patients peuvent rencontrer (sérodiscordance, VBG, discrimination VIH ou homophobie).

La prise en compte du genre dans le projet au Mozambique

Dans la province de Maputo, le projet touche majoritairement les femmes puisque dans cette région rurale beaucoup d'hommes sont partis en Afrique du Sud travailler dans les mines. Ainsi ce sont les femmes qui restent travailler dans les champs et qui s'occupent de leur famille. La création des groupes Mères pour Mères permet aux femmes de faire directement partie du système de sensibilisation du VIH/SIDA. Elles deviennent actrices de prévention communautaire, mais aussi pourront être un appui psychosocial lors de partage d'expérience avec d'autres femmes du groupe. Un accompagnement du psychologue de DSF se fera pour la mise en place et le maintien de ces groupes. Une attention particulière sera apportée pour les femmes enceintes séropositives au VIH avec des actions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), pour renforcer l'adhésion au TARV et ainsi réduire une contamination durant la grossesse, l'accouchement puis l'allaitement. Les jeunes femmes entre 15 et 24 ans sont moins sensibilisées en matière de prévention d'infection au VIH, principalement en santé reproductive et éducation sexuelle. Les groupes MpM vont être aussi un moyen fort pour atteindre ce public et tenter de freiner l'épidémie du VIH. Les femmes mozambicaines ont moins d'accès à l'emploi et sont souvent assignées à des tâches ménagères. Pour atténuer cette

situation, les activités de travail communautaire prévues dans le projet seront un moyen fort de permettre aux femmes ACS (75 % des ACS) et aux femmes membres de groupes de soutien communautaire (GAAC et MpM) d'acquérir des compétences qu'elles peuvent mettre ensuite en valeur et au profit de leur communauté. Enfin, l'apprentissage de gestion d'un fonds de crédit rotatif va permettre aux femmes prenant part aux activités de développer une activité rentière et de la faire évoluer. Ces mesures auront un impact durable sur leurs conditions sociales et renforceront leur dignité et rôle dans la communauté.

DSF et AMDEC travaillent aussi auprès des hommes, des jeunes et adolescents, des pères de famille, des travailleurs longue distance (mineurs et camionneurs). Comme expliqué dans la partie contextuelle, les hommes de 25 à 34 ans sont la plus grande source de risque de contamination au VIH pour les adolescentes et jeunes femmes.

Au domicile, il est prévu que les ACS sensibilisent les familles et les couples sur les moyens de prévention VIH, sur les questions de la SSR et du planning familial.

Lors des événements communautaires, des groupes de paroles et de sensibilisation par genre sont organisés pour toucher des questions importantes et sensibles qui ne peuvent être abordées avec une mixité. Lors de l'animation des GAAC, des débats mixtes sont organisés pour aussi faire ressortir des problèmes, sans pour autant mettre en danger les femmes qui y participent.

II. L'évaluation

2.1. Justification de l'évaluation

2.1.1. Origine de la demande

L'évaluation envisagée est réalisée dans le cadre du projet de « **Renforcement de l'accès universel aux soins de santé de qualité pour les patients atteints de maladies chroniques dans 10 Provinces du Cambodge et dans les provinces de Maputo et de Gaza au Mozambique** » mis en œuvre par DSF et ses partenaires depuis le 1^{er} novembre 2020 jusqu'à fin octobre 2023.

L'évaluation externe a été prévue dès le montage du projet. Elle est inscrite dans la convention signée avec l'AFD. Au-delà de cette obligation contractuelle vis-à-vis de l'AFD, cette évaluation est nécessaire pour orienter la conception et la mise en œuvre de futures interventions de DSF au Cambodge et au Mozambique sur les thématiques de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. L'évaluation permettra ainsi de mettre en exergue les apprentissages qui peuvent être tirés de l'expérience de la première phase du programme afin d'améliorer la mise en œuvre des actions sur chacun des pays d'intervention et d'enrichir l'approche multi pays.

2.1.2. Attentes et objectifs pour le-la commanditaire (et pour les partenaires de l'action éventuellement si distinct)

L'évaluation a pour objectif d'analyser l'atteinte des objectifs du programme et d'identifier les mécanismes d'efficacité en lien avec les contextes de déploiement, à travers des critères de transférabilité et de pérennité.

Elle cherchera à mettre en avant les fonctions clés du programme de formuler des recommandations pour la consolidation et la pérennisation des acquis notamment en vue du déploiement d'une seconde phase du projet. Les analyses porteront sur le processus, les modalités de partenariat et de travail, les stratégies, la démarche d'intervention, le changement auquel le projet contribue et l'adaptation des activités. Elle fera aussi le point sur les synergies et l'approche transversale de l'appui au développement intégré de la santé entre le Cambodge et le Mozambique.

Plus concrètement, il est attendu à l'issue de cette étude :

- Un bilan des activités menées.

- Une valorisation des résultats atteints.
- Une identification des leçons apprises, notamment celles qui pourraient être appliquées dans l' « autre » pays d'action.
- Une production de recommandations qui puissent être utiles et pertinentes dans la prochaine phase du projet notamment pour le transfert d'activités, et de compétences auprès des OSC locales et pour leur renforcement.
- L'identification d'éventuelles bonnes pratiques, innovations, ressources et compétences développées et acquises par DSF tout au long de son programme.

2.2. Objet de l'évaluation

2.2.1. Délimitation de l'action à évaluer

L'évaluation portera sur l'ensemble des actions menées dans le cadre du projet de « **Renforcement de l'accès universel aux soins de santé de qualité pour les patients atteints de maladies chroniques dans 10 Provinces du Cambodge et dans les provinces de Maputo et de Gaza au Mozambique** ». Ces actions ont démarré le 1^{er} novembre 2020 et devront prendre fin le 30 octobre 2023, soit une période de trois ans.

2.2.2. Postulats fondateurs de l'action dont l'évaluation appréciera la pertinence

Depuis sa création, la stratégie de DSF privilégie les actions à long terme par **le renforcement des capacités et l'appui aux acteurs de santé institutionnels et de la société civile**. Ainsi, les missions entretiennent des relations de confiance avec les autorités de santé locales, qui lui ont permis d'assurer une prise en charge directe des bénéficiaires, mais aussi de renforcer les capacités des acteurs locaux, notamment au sein des structures hospitalières à travers divers programmes de formation. Les interventions de DSF s'appuient sur **une expertise internationale déployée sur le territoire** afin d'aider au développement d'une expertise locale.

Les programmes successifs de DSF ont ainsi contribué à l'amélioration des pratiques au sein du système public de santé, et à **l'émergence d'une expertise locale** qui doit maintenant être validée et formalisée.

Les actions retenues par les équipes de DSF postulent que :

- Les équipes de DSF ne sont pas suffisantes quantitativement pour couvrir tout le territoire et le flux de patients en situation palliative et/ou souffrant, l'appui auprès des organisations de la société civile et des services de santé est obligatoire pour développer l'activité de manière opérationnelle et pérenne sur le territoire.
- Une amélioration des connaissances techniques des personnels de santé, des partenaires des OSC est nécessaire pour améliorer le référencement et la prise en charge palliative et/ou de la douleur des patients.
- La sensibilisation de la population, des organisations de la société civile sur la prise en charge palliative des patients et des pathologies chroniques contribue à limiter la stigmatisation et favorisent le référencement des patients.
- L'articulation des activités de DSF avec le ministère de la Santé et les autres organisations de la société civile pour faire face à ces maladies et pathologie est indispensable.
- Une approche intégrée de prise en charge palliative et/ou de la douleur à domicile et à l'hôpital favorise l'efficacité, l'efficience et la qualité des soins et des actions mises en place.

2.2.3. Questions que se posent le-la commanditaire et ses principaux partenaires, et critères d'évaluation à mobiliser.

1. Stratégie du programme

- Quelle est la plus-value du projet et des thématiques d'intervention dans sa dimension multipays ? Celle-ci a-t-elle contribué de manière effective à l'évolution et à l'amélioration des thématiques d'intervention ?
- Est-ce que les activités mises en œuvre durant le projet, les outils créés, les actions de plaidoyer et de capitalisation ont permis d'intégrer de manière effective et pérenne la prise en charge de la douleur et/ou palliative dans le système national de santé des deux pays d'actions ? Le cas échéant quels sont les freins identifiés pour que cela soit pris en compte de manière effective ?

2. Dispositif de mise en œuvre et de partenariats

- Est-ce que les autorités de santé concernées par le projet (ministère de la Santé, autorités administratives locales, centres de santé, etc.) sont satisfaites des réalisations du projet ? Comment a été ressentie la collaboration entre l'équipe de mise en œuvre de DSF et ces autorités de santé au niveau de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs ?
- La méthode de transfert des compétences par compagnonnage des professionnels de santé à l'occasion des missions dans les services des hôpitaux est-elle appropriée et porte-t-elle ses fruits en termes de bonnes pratiques auprès des patients ?
- Est-ce que les hôpitaux d'intervention concernés par le projet sont satisfaits des réalisations du projet, comment a été ressentie la collaboration entre les équipes de DSF et les professionnels de santé ?
- Comment a été ressentie la collaboration entre l'équipe de mise en œuvre de DSF et les partenaires locaux ? Quels axes d'amélioration ressortent de ces partenariats ?
- Les formations dispensées par DSF auprès des partenaires locaux leurs sont-elles parues suffisantes, adaptées et de qualité pour pouvoir réaliser les activités partenariales ?
- L'implication des usagers/bénéficiaires et des familles est-elle suffisante, prise en compte et source de réussite dans le projet ?
- Les patients et leurs familles sont-ils satisfaits des prestations proposées par DSF ; correspondent-elles à leurs besoins ? De quelle façon le suivi des patients à domicile impacte-t-il la division genrée du travail au sein des ménages ? Y'a-t-il des effets négatifs induits pour les femmes ?
- Dans quelle mesure la prise en charge de la douleur et/ou les soins palliatifs sont-ils différenciés entre hommes et femmes dans le projet ? Une PEC différente est-elle nécessaire ?
- Quelles normes de genre influencent et déterminent l'accès et la qualité de la prise en charge ?
- Dans quelle mesure les sensibilisations réalisées portent-t-elle attention aux différences genrées en termes de prise en charge et d'accès aux soins ?

3. Résultats effectifs du projet

- Quels principaux facteurs du projet ont permis d'atteindre les résultats observés ? Quels ont été les freins ?
- Les résultats visés par le programme ont-ils été atteints quantitativement et qualitativement ?
- Les activités de sensibilisation ont-elles permis d'améliorer de manière effective les connaissances des populations, des autorités et des partenaires sur les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur ? Ont-elles permis de changer le regard sur les personnes vivant avec des maladies chroniques, souffrant de douleur et/ou en fin de vie ?

- Le renforcement des capacités techniques des professionnels de santé et des partenaires du projet a-t-il effectivement permis d'améliorer la prise en charge des patients douloureux et en situation palliative au Cambodge et au Mozambique ?
- Y'a-t-il un besoin de sensibiliser et former les professionnels de santé aux enjeux générés de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs ? Y'a-t-il besoin de développer une approche différenciée en fonction du genre dans les formations proposées par DSF ?
- Quel est l'impact au niveau familial et communautaire de l'appui psychosocial apporté par DSF dans le cadre de la prise en charge des patients et de leurs proches. En différenciant si possible ces impacts par rapport au type d'activité : sensibilisation/psychoéducation ; PEC en unité de soins ; à domicile.

4. Recommandations et questionnements prospectifs :

- Quels sont les leviers pour une meilleure mobilisation des partenaires clés impliqué-e-s dans le projet ?
- Quels sont les différents facteurs identifiés pour pérenniser les activités de prise en charge intra hospitalière et à domicile des patients au Cambodge et au Mozambique ?
- Le modèle d'intervention des soins à domicile paraît-il répliquable au niveau national dans les deux pays d'intervention ? Quels seraient les points d'attention et freins à prendre en compte pour favoriser la réussite d'une telle démarche dans le cadre d'un transfert de cette activité par des partenaires locaux et aux autorités de santé ?
- De quelle manière DSF et ses partenaires pourraient-ils renforcer l'articulation avec d'autres acteurs ? Sur quels axes de travail ?
- Comment les autorités de santé des pays d'intervention envisagent-elles l'évolution de l'approche partenariale et de l'approche d'intervention de DSF ? Quelles sont leurs recommandations en termes d'approches d'intervention ? Est-ce que les pistes de stratégies de sortie / durabilité du projet identifiées par DSF leur paraissent pertinentes ?
- Comment améliorer le suivi des actions ? Les outils et les méthodes de suivi actuels peuvent-ils être améliorés au vu du système en place ? Comment peuvent-ils permettre de suivre les effets générés de l'intervention ? Comment peut-on suivre l'impact de la prise en compte du genre à travers les activités mises en place ?
- Quelles seraient les pistes pour renforcer les axes d'intervention de DSF des prochaines phases tant au niveau hospitalier, que des communautés d'intervention ?
- Quelles seraient les pistes d'évolution et d'amélioration de la stratégie multipays pour les prochaines phases du programme ?
- De quelles manières les outils créés peuvent-ils être capitalisés et applicables suivant les spécificités de chaque pays ?
- Quelles recommandations peuvent être émises autour de la prise en compte du genre dans le programme de façon transversale ? Quelles activités spécifiques devraient être développées notamment sur les prochaines phases ?
- Dans quelle mesure DSF devrait développer une stratégie spécifique de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs en fonction du genre ? Quels sont les enjeux identifiés ?

Il est demandé aux consultant-e-s, dans leur offre de services, de reformuler et d'organiser le questionnement évaluatif qu'ils proposent de traiter autour de ces axes de réflexion et de questionnements, en fonction de leur compréhension de la problématique, des enjeux et des objectifs de l'évaluation qu'ils auront exposés par ailleurs.

2.3. Méthodologie

2.3.1. Pour la mission

Phase 1 : Cadrage de l'évaluation et phase exploratoire

L'évaluation commencera par une phase exploratoire comportant :

- **Une réunion préparatoire de l'évaluation**, au siège de DSF.
- **Une analyse documentaire**, à partir des documents fournis par DSF (documents de projet, comptes rendus fournis à l'AFD, comptes rendus d'évaluations, rapports d'ateliers...)

DSF transmettra l'ensemble de la documentation nécessaire pour comprendre le projet sous ses différentes formes (proposition de projet, rapports intermédiaires, liste des parties prenantes, etc.). Cette étape doit permettre au.x consultant.e.s de disposer d'une connaissance précise et détaillée du projet, de son évolution et de son contexte.

- **Des entretiens peuvent être menés avec le siège de DSF** avec la Coordinatrice Générale, les Directeurs Programmes de chaque pays, et si nécessaire à distance avec les coordinateurs de projet, les directeurs nationaux à distance.

Cette phase de préparation donnera lieu à la production par le ou la, les consultant-e-s d'une **note de cadrage détaillée**, en spécifiant les objectifs recherchés, le déroulement de l'évaluation (notamment sur le terrain), les personnes qu'ils.elles comptent rencontrer et de quelle manière, les démarches et outils de collecte et d'analyse de données qui seront mobilisées.

Cette note de cadrage devra être validée, ou modifiée si besoin par les consultant-e-s, par le comité de pilotage de l'évaluation. En parallèle, le Comité de Pilotage devra être tenu au courant de ces modifications. Les différents acteurs et actrices que souhaitent rencontrer les consultant-e-s (bénéficiaires inclus), seront informée-s par les équipes projet, de la période d'évaluation dans chaque pays.

Cette note sera discutée et validée **lors d'une réunion de cadrage** à laquelle participera le comité de pilotage et le/la. les consultant-e-es-s, au siège de DSF à Paris et/ou à distance, qui apportera des ajustements éventuels et qui se tiendra **avant le départ sur le terrain**.

Phase 2 : Mission de terrain pour la collecte de données :

Cette phase sera marquée par une enquête et des entretiens individuels et/ou collectifs sur le terrain au Cambodge et au Mozambique. L'évaluation pouvant être le lieu d'une revue participative du programme, DSF souhaiterait que sa conduite puisse intégrer des temps d'échange collectifs impliquant différentes catégories de parties prenantes. En effet, les temps collectifs peuvent être propices à l'apprentissage commun et à l'identification de pistes d'amélioration. Cette démarche pourrait aussi permettre de renforcer l'appropriation des actions par les parties prenantes. DSF est ouvert à toute proposition de travail allant dans ce sens.

Le.La.les consultant-e-s est toutefois encouragé.ée.s à adopter une approche mixte, quantitative et qualitative afin de produire une analyse plus fine des enjeux véhiculés par la mise en œuvre du projet. Les principaux bénéficiaires du projet à prendre en compte (soignants, patients, étudiants) devront être interrogés au cours de l'enquête afin de produire une analyse capable d'intégrer les vécus, les bénéfices apportés par les interventions ainsi que les possibles besoins non satisfaits ou inexprimés.

Parmi les personnes impliquées dans le projet, pourront être consultés :

1. À Phnom Penh au Cambodge (non exhaustif) :

- a. Les équipes projet de DSF et des organisations partenaires (Cambodia Catholic Community Association)
- b. Les directions concernées du ministère de la Santé, le Technical Working Palliative Care (TWG-PC) coordonné par le Département de médecine préventive
- c. Les responsables de l'Université de Médecine de Phnom Penh
- d. Les responsables et Chefs de Services des Hôpitaux partenaires de Phnom Penh

f. Les personnes prises en charge dans le cadre du programme et leur famille

1. Au Mozambique (non exhaustif) :

- a. Les équipes projet de DSF et les partenaires (AMDEC, UDSP, associations de Gaza).
- b. Les fonctionnaires de santé suivant le projet (DPS, SPS, SDSMAS).
- d. Les responsables et Chefs de Services des Hôpitaux partenaires.
- f. Les personnes prises en charge dans le cadre du programme et leurs familles.

Toutefois, afin de limiter les déplacements, un échantillonnage des lieux à visiter est possible. Il pourrait être réalisé, le cas échéant, avec les organisations partenaires. Pour les déplacements en région, les consultant-e-s pourront être accompagné-e-s par les équipes projet de DSF qui resteront disponibles sur toute la durée de la mission pour faciliter le travail. Ces déplacements pourraient se faire avec les véhicules du projet.

Avant de conduire l'analyse, il est demandé au consultant de présenter de façon détaillée la méthodologie qui sera employée (cf. Livrables attendus ci-dessous).

DSF portera une attention particulière à la méthodologie qui sera décrite. Il est demandé aux consultant-e-s de faire, dans leur offre de service, des propositions détaillées en ce qui concerne la méthodologie qu'ils/elles se proposent de mettre en œuvre (étapes de l'évaluation, acteurs consultés, réunions et restitutions, méthodologie de collecte d'information, documents produits, articulation avec DSF). Les consultant-e-s proposeront également, dans leur offre de services, la répartition du nombre de jours de travail aux différentes phases de l'évaluation, entre chaque consultant(e). Ils indiqueront les expériences de collaboration préalables des consultant-e-s de l'équipe, comment ils-elles se coordonnent pour l'évaluation, et mettront en avant leur complémentarité au regard du travail demandé.

2.3.2 Pour les restitutions et rapports attendus

Livrables attendus :

- **Une note de cadrage méthodologique** avant la phase de collecte de données et présentation de la méthodologie (techniques et outils) proposée par le consultant doit être faite au comité de pilotage au début de l'évaluation.
- **Un document des premiers éléments de synthèse du rapport de l'évaluation multipays** au comité de pilotage rendu **impérativement la première semaine de mai suivi d'une restitution.**
- **Un rapport provisoire** rendu impérativement la première semaine de juin.
- **Rédaction d'un rapport final** avec restitution en juillet

Une communication régulière entre les consultant-e-s et le comité de pilotage de l'évaluation devra être réalisée tout au long du processus d'évaluation.

Les conclusions de cette évaluation seront communiquées à l'AFD par DSF.

Les restitutions :

- **Réunion de note de cadrage** puis d'une **note de cadrage méthodologique** validé par DSF;
- **Restitution à chaud** à la fin de la mission au Cambodge auprès des équipes locales de DSF ;
- **Restitution à chaud** à la fin de la mission au Mozambique auprès des équipes locales de DSF ;
- **Réunion de présentation des premiers éléments de synthèse du rapport de l'évaluation multipays ;**
- **Débriefing en France de la mission**, par vidéoconférence auprès du siège de DSF ;
- **Restitution du rapport provisoire ;**
- **Restitution finale auprès du comité de pilotage DSF, ses partenaires**, sur la base du rapport final.

2.3.3. Rôle du-de la commanditaire et de ses partenaires

Dans chaque pays d'action, l'équipe de coordination pays sera présente pour accompagner et faciliter le travail de(s) consultant-e-s. celle-ci fournira les renseignements nécessaires pour que les consultant-e-s mènent à bien leur mission. Les contacts de l'équipe de coordination seront communiqués aux consultant-e-s afin qu'ils/elles puissent de même échanger, en vue de préparer au mieux leur mission. L'équipe de coordination de DSF se chargera d'informer, d'organiser des réunions et/ou de prendre l'avis des partenaires du programme à toutes les étapes du processus d'évaluation.

Le rôle des équipes terrain a pour rôle exclusif de facilité auprès des consultants.es pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation, les réunions, la facilitation logistique et administrative.

Un comité de pilotage de l'évaluation suivra le travail d'évaluation tout au long du processus. Il interviendra notamment sur le contenu de la note de cadrage et le rapport provisoire. Les membres du comité de pilotage contribueront à la préparation des TDR et du cadrage. Ils et elles participeront aux restitutions provisoires et définitives (présentiel ou Zoom). Trois personnes maximums peuvent manquer pour la tenue d'un comité de pilotage.

Il est composé de :

- Un membre du siège de DSF
- Directeur National du Cambodge et du Mozambique
- Coordinateur Administratif et Financier du Cambodge et du Mozambique
- Coordinatrice Médicale du Cambodge et du Mozambique

Rôle dans l'étude des partenaires locaux :

Les partenaires locaux seront inclus et sollicités durant l'évaluation pour les différents entretiens et workshops. **Dans un rôle exclusif de facilitateur**, DSF introduira l'équipe d'évaluateurs auprès des partenaires et pourra arranger la facilitation de rendez-vous auprès des partenaires pour l'équipe d'évaluation.

2.4. Moyens

2.4.1. Humains : expertise recherchée

La composition peut varier suivant les propositions :

L'équipe d'évaluation peut idéalement être composé d'un.e **consultant-e international (chef.de de mission)** et d'un.e **consultant.e par pays d'intervention ayant**, si possible, déjà travaillé ensemble dans le cadre d'évaluation de programme de développement.

Il est également possible de faire des propositions de consultance individuelles par pays d'intervention (Cambodge ou Mozambique). Néanmoins Il est nécessaire pour DSF et pour l'AFD, de conserver la dimension « Multipays » à travers l'évaluation finale de ce projet. Pour cela, un travail d'échange et de synthèse des évaluations par pays sera demandé aux 2 évaluateurs afin d'en tirer des conclusions et recommandations communes sur les questions à voir avec la stratégie « multipays ».

Les compétences attendues et qui seront valorisées lors de la sélection sont :

- Expérience avérée dans le secteur de la santé, et si possible le renforcement des systèmes de santé publique, des approches en santé communautaire, ainsi que des stratégies de lutte contre les Maladies non Transmissibles et les maladies chroniques (incluant le VIH/SIDA).
- Une expérience significative en évaluation de projets et programmes.
- Une expérience en animation d'ateliers collectifs.
- Idéalement, pour un.e des consultants une bonne connaissance du Cambodge ou à minima de la zone d'Asie du sud-est et une l'autre consultant.e ayant une bonne connaissance du Mozambique.
- Une parfaite maîtrise du français et de l'anglais pour consultant,e Chef.fe de Mission. L'anglais et idéalement des connaissances en Khmer pour le. la Consultant.e National.e du Cambodge et

du portugais ou à minima de l'espagnol pour le/la Consultant.e National.e du Mozambique seraient appréciées.

- Une sensibilité aux enjeux de genre, particulièrement dans le domaine de la santé, sera valorisée.

2.4.2. Financiers

Une offre financière comportant :

- le budget global (Hors Taxe et Toutes Taxes Comprises) et les prix détaillés (honoraires, indemnités journalières, transports...).

Pour information : enveloppe budgétaire restreinte.

2.5. Calendrier de réalisation de l'évaluation

Ce calendrier est susceptible d'être ajusté pendant la réalisation de l'étude, en accord avec le/s consultant.e-s retenu.e-s pour l'étude en respectant obligatoirement les dates de rendu des premiers éléments de synthèse et du rapport provisoire.

Éléments	Calendrier
Lancement de l'appel d'offres de consultance	27 janvier 2023
Date limite de réponse à l'appel d'offres	12 mars 2023 minuit
Relance AMI si nécessaire	
Analyse des offres	Semaine du 20 février
Sélection des consultants	24 février
Contact des consultants et contractualisation	Fin février
Réunion de cadrage de l'étude	6 mars
Finalisation de la note cadrage de l'évaluation (méthodologie de l'évaluation)	13 mars 2023
Missions Terrain et collecte de données au Cambodge et au Mozambique	Mi-mars à mi-avril 2023
Dépôt des premières synthèses de l'évaluation et des recommandations	Semaine du 8 mai 2023
Rendu du rapport provisoire	Mi- voir maximum fin mai 2023
Restitution du rapport provisoire	Première semaine de juin
Rapport final	Fin juin 2023
Restitution finale élargie au siège (Paris) ou à distance	Courant juillet 2023 (Flexible)