

TERMES DE REFERENCE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE ETUDE MIXTE SUR LES VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES A ANTANANARIVO

PAYS : Madagascar

AUTEUR(S) DES TDR : Céline Lesavre

DATE DE REDACTION : juin 2026

1. CONTEXTE

1.1 ORIGINE DE LA DEMANDE

Les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) désignent l'ensemble des actes, omissions, comportements ou pratiques survenant dans le cadre des soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) qui portent atteinte à la dignité, à l'intégrité physique ou psychologique, à l'autonomie ou aux droits des femmes et les hommes transgenre . Elles peuvent prendre différentes formes, notamment les violences physiques, les soins réalisés sans consentement libre et éclairé, les atteintes à la confidentialité, les violences psychologiques (comportements humiliants ou discriminatoires), les refus ou abandons de soins, les violences sexuelles, ainsi que certaines pratiques institutionnelles limitant les droits des patientes.

Depuis une dizaine d'années, les VGO font l'objet d'une attention croissante de la part des organisations internationales. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît que de nombreuses femmes à travers le monde sont victimes de mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de santé¹. Ces pratiques constituent non seulement une violation des droits fondamentaux des femmes mais également un obstacle à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. L'OMS souligne que toute femme a droit à des soins respectueux préservant sa dignité, sa confidentialité, son autonomie et son consentement éclairé.

Au-delà de la période de l'accouchement, l'UNFPA et plusieurs organismes internationaux inscrivent désormais les VGO dans une réflexion plus large sur la violence reproductive, définie comme toute atteinte à l'autonomie reproductive et à la capacité des femmes de prendre librement des décisions concernant leur SSR². Cela inclue également la non évaluation et la non prise en charge de la douleur³. Cette approche permet de mettre en évidence les liens entre les VGO, les inégalités de genre et les autres formes de violences basées sur le genre (VBG).

Les conséquences des VGO sont multiples. Elles peuvent entraîner des traumatismes physiques et psychologiques durables, une perte de confiance envers les professionnels de santé et une diminution du recours aux soins. En effet, plusieurs études ont montré que l'expérience de violences ou de mauvais traitements lors d'un accouchement ou d'une consultation gynécologique peut

¹ World Health Organization (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

² United Nations Population Fund (2023). *Shining a Light on Reproductive Violence: A Contribution to Understanding All Forms of Gender-Based Violence*.

³ <https://europe.ippf.org/sites/europe/files/2022-12/Gynaecological%20and%20Obstetric%20Violence%20-%20IPPF%20EN%20Research%20%26%20Policy%20Paper.pdf> - Gynaecological & obstetric violence – IPPF-

dissuader les femmes de revenir dans les structures de santé pour des soins ultérieurs, compromettant ainsi les efforts de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles ^{4 5}.

A Madagascar, les normes socioculturelles⁶ limitent l'autonomie des femmes à prendre des décisions concernant leur propre santé et sont souvent dépendantes des décisions de leur mari et/ou famille. Le manque d'éducation sur les questions de santé sexuelle et reproductive laisse également beaucoup de femmes mal informées sur leurs droits et les services disponibles. Et ce malgré le cadre de la Politique Nationale de Santé Reproductive (PNSR) et de la Politique Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre, qui reconnaissent le droit des femmes à des soins respectueux mais dont la mise en œuvre reste insuffisante dans les pratiques.

Dans les établissements de santé, bien que des progrès aient été réalisés pour améliorer les soins, des pratiques violentes et irrespectueuses à l'égard des femmes enceintes persistent. Ceci s'explique notamment par le manque de ressources financières et la pénurie de personnel. Ce manque de ressources se traduit entre autres par le manque de sensibilisation et de formation des professionnels de santé aux soins respectueux de la maternité et aux droits des patientes. Elle est aussi favorisée par la banalisation, voire le déni, de certaines pratiques de violences gynécologiques et obstétricales, qui demeurent parfois considérées comme normales au sein des structures de soins.

À Madagascar, la littérature sur les violences gynéco-obstétricales demeure extrêmement limitée. Une seule étude qualitative identifiée à ce jour a documenté explicitement les violences obstétricales dans trois régions rurales du pays ⁷. Ses résultats mettent en évidence plusieurs formes de maltraitance, notamment le manque d'information et de consentement, les défauts de communication, les atteintes à l'intimité, les humiliations verbales, les discriminations liées au statut socio-économique ainsi que certains coûts imprévus des soins. L'étude souligne également que les tensions entre pratiques culturelles locales et exigences biomédicales peuvent favoriser des comportements stigmatisants envers les femmes. Enfin, les auteurs montrent que les violences observées s'inscrivent dans un contexte marqué par des contraintes structurelles importantes, telles que le manque de personnel, d'équipements et de ressources, susceptibles d'altérer la qualité de la prise en charge et de réduire le recours aux services de santé maternelle. Bien que n'abordant pas directement le concept de VGO, plusieurs travaux anthropologiques menés à Madagascar avaient déjà mis en évidence des relations de pouvoir asymétriques, des situations de négligence et des expériences négatives vécues par les femmes au sein des services de santé reproductive. Les autres travaux disponibles abordent indirectement certaines dimensions des VGO à travers la qualité des soins maternels, les relations soignant-es-soignées ou les violences basées sur le genre.

Dans ce contexte, la réalisation d'une étude à méthodologie mixte sur les VGO apparaît essentielle afin de documenter le phénomène, de mieux comprendre les expériences des femmes et des professionnel·les de santé, et de contribuer au renforcement des politiques et pratiques favorisant des soins respectueux, centrés sur la personne et fondés sur les droits humains.

Les résultats de cette étude dans le contexte urbain malgache pourront servir de base à de futures recherches dans d'autres régions du pays.

⁴ Bohren Megan A. et al. (2015). *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review*. PLOS Medicine.

⁵ Heather E. Rosen et al. (2015). *Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa*.

⁶ Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar, 2025, Rapport final. Antananarivo, Mars 2026

⁷ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S240584402301112X>

1.2 BREVE PRESENTATION DES PROJETS

DSF met en œuvre actuellement deux projets:

Le projet MIRA « Vers une prise en charge multidisciplinaire et éthique de la santé des femmes » dont l'objectif global est d'améliorer de manière significative la prise en charge de la santé des femmes à Antananarivo, en renforçant la qualité, l'accessibilité, et l'humanisation des soins tout en luttant activement contre les violences gynécologiques et obstétricales. Financé par l'Ambassade de France, ce projet se terminera en septembre 2027. Les objectifs spécifiques du projet sont les suivants :

- OS 1 : Améliorer la qualité et la pérennité de l'offre de soins de santé proposée aux femmes enceintes et/ou atteintes de pathologies gynécologiques douloureuses à travers les activités suivantes :
 - Former & accompagner le personnel de santé
 - Équiper et réhabiliter les structures de santé
 - Assurer des prises en charge médicale et psychologique à domicile
 - Réaliser des campagnes intégrées de sensibilisation, de prévention et de dépistage en santé des femmes
- OS 2 : Contribuer au renforcement des stratégies nationales visant à lutter contre les violences basées sur le genre incluant les violences gynécologiques et obstétricales à travers les activités suivantes :
 - Informer, éduquer et communiquer sur les violences gynécologiques et obstétricales
 - Renforcer le plaidoyer institutionnel et la coordination entre acteurs

Ce projet s'inscrit dans une dynamique de changement systémique, visant à garantir que chaque femme malgache puisse accéder à des services de santé adaptés, respectueux de ses droits et répondant à ses besoins spécifiques.

Le projet veille à appuyer les structures de santé existantes de Tananarive ville, par le renforcement des capacités du personnel soignant sur diverses thématiques telles que l'humanisation des soins, la prise en charge des pathologies gynécologiques, et la gestion des premiers secours psychologiques. Ces formations / orientations permettront de sensibiliser les soignant·e·s aux besoins spécifiques des femmes, contribuant ainsi à une amélioration notable de la qualité des soins. En parallèle, le projet déploie une vaste campagne de plaidoyer et de sensibilisation pour combattre les VBG/VGO, en informant la société malgache des dangers de ces violences et en mobilisant les acteurs clés pour un changement durable. C'est à travers ce projet que la présente étude sera financée.

Le projet VITA CCU , « Droits et santé des femmes pour le dépistage et la prise en charge du cancer du col de l'utérus (CCU) à Madagascar » vise à réduire la morbidité et la mortalité liées au CCU chez les femmes âgées de 25 à 49 ans, en particulier les professionnelles du sexe (PS), à Antananarivo et Mahajanga. Financé par Expertise France et porté par Médecins du Monde France, en partenariat avec AFSA et Douleurs Sans Frontières (DSF), le projet a débuté en juin 2025 et s'étend sur 36 mois.

Ce projet s'articule autour de 3 objectifs spécifiques :

- OS1 : Améliorer le dépistage et la prise en charge du CCU en renforçant les capacités des structures sanitaires (CSB, CHRD, CHU à travers les activités suivantes :
 - Former le personnel soignant sur la prévention, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du CCU,

- Assurer la disponibilité en intrants et en équipements,
- Mettre en place des compagnonnages et des supervisions conjointes avec les autorités sanitaires.
- OS2 : Renforcer le rôle des acteurs communautaires dans la lutte contre le CCU à Tana et Mahajanga (sensibilisation, prévention, prise en charge) à travers les activités suivantes :
 - Former les éducateurs pairs d'AFSA sur l'auto-prélèvement HPV,
 - Sensibiliser les professionnelles du sexe sur leurs droits et leur santé et encourager la recherche de soins,
 - Mettre en œuvre un système de collecte de prélèvement HPV pour acheminement vers le labo de référence,
 - Mettre en place un système de soins à domicile en soins palliatifs et fin de vie,
 - Réaliser des campagnes de sensibilisation de masse sur la SDR et le CCU.
- OS3 : Promouvoir un environnement sociétal, politique et juridique favorable à la lutte contre le CCU et aux droits en santé sexuelle et reproductive (SDR) à travers les activités suivantes :
 - Réaliser une étude de faisabilité et d'opérationnalisation de la mise en œuvre de la lutte contre le CCU,
 - Meilleure prise en charge du dépistage précoce et fiable des cancers féminins, l'accès aux soins et à un traitement incluant les soins palliatifs pour les femmes atteintes d'un cancer,
 - Mettre en œuvre un plaidoyer pour l'intégration du test et de la vaccination HPV, de la pratique de l'auto-prélèvement et de la thermo-coagulation dans les financements du gouvernement, etc.
 - Accompagner l'implémentation d'une stratégie nationale de lutte contre les VGO au sein des structures de santé partenaires.

Dans ce cadre, la prévention et la lutte contre les VGO constituent une composante transversale de ces deux projets.

La présente étude vise à produire des données inédites sur les manifestations, la fréquence et les déterminants des VGO dans les structures de santé d'Antananarivo afin d'orienter les politiques publiques, les stratégies de formation des professionnels de santé et les actions de plaidoyer.

L'étude sur les VGO sera confiée à un·e consultant·e externe qui sera en charge de définir le protocole d'étude permettant de capturer à la fois l'ampleur du phénomène et la profondeur des expériences vécues des bénéficiaires à travers des entretiens individuels, des groupes de discussions et des observations.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE ET PUBLIC VISE

2.1 OBJECTIF ET FINALITE

Les résultats permettront de documenter un phénomène encore peu étudié à Madagascar et de disposer d'éléments probants pour orienter les interventions futures des ministères telle que l'intégration de cette composante dans les politiques de santé, des partenaires techniques et financiers et des organisations de la société civile.

Objectif général

Documenter les manifestations, la fréquence et les facteurs favorisant les VGO dans les structures de santé d'Antananarivo, afin de produire des recommandations institutionnelles opérationnelles pour la promotion des soins respectueux.

Objectifs spécifiques

- Décrire, à titre exploratoire et au sein de l'échantillon d'étude, la fréquence observée des différentes formes de VGO rapportées par les participantes (sans visée de représentativité) ;
- Identifier les facteurs individuels, institutionnels, organisationnels et socioculturels favorisant la survenue des VGO ;
- Explorer les perceptions des professionnels de santé concernant les soins respectueux et les VGO ;
- Explorer, du point de vue des femmes, comment les expériences vécues de VGO influencent leur rapport aux soins et leur recours aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- Identifier les pratiques et facteurs favorisant des soins respectueux et centrés sur la personne ;
- Traduire les résultats de l'étude en recommandations opérationnelles selon une méthode participative, classées par acteur et par horizon temporel de mise en œuvre.

2.2 PERIMETRE

Périmètre géographique

L'étude sera réalisée dans différents quartiers et structures publiques de santé de la capitale de Madagascar, Antananarivo afin de prendre en compte la diversité des contextes de soins.

La.e consultant.e s'assurera une représentativité suffisante des différents niveaux du système de santé (CHU, CHRR/ CHRD/CSB).

Périmètre temporel

L'étude portera sur les expériences de soins vécues au cours des deux dernières années afin de limiter les biais de mémorisation.

Périmètre programmatique

Cette étude contextuelle des différents niveaux opérationnels de la pyramide sanitaire couvrira :

- Les consultations gynécologiques ;
- Les soins liés à la grossesse ;
- L'accouchement ;
- Les soins postnataux ;
- Les services de planification familiale ;
- Le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques.

De manière transversale, la prise en charge de la douleur devra être considérée.

2.3 LE PUBLIC VISE

Les résultats de l'étude seront utilisés par :

- Le Ministère de la Santé Publique à différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le Ministère de la Population ;
- Les ordres professionnels et institutions de formation des sages-femmes, infirmiers et médecins ;
- Les organisations de la société civile et les Organisations Non Gouvernementales intervenant dans les domaines de la santé et des droits des femmes ;
- Les agences des Nations Unies, notamment l'UNFPA ;

- Les partenaires techniques et financiers notamment l'Ambassade de France.

Les principaux documents de restitution devront être disponibles en français.

3. PREFERENCES METHODOLOGIQUES

3.1 METHODES QUANTITATIVES / QUALITATIVES

Cette étude adoptera une méthodologie mixte à dominante qualitative, combinant une enquête quantitative descriptive auprès de femmes utilisatrices des services de santé et une exploration qualitative approfondie des expériences, perceptions et déterminants des violences gynécologiques et obstétricales.

Composante quantitative

La composante quantitative aura une visée descriptive et exploratoire. Elle ne vise pas à estimer la prévalence des VGO dans la population générale mais à décrire la proportion de participantes ayant rapporté une ou plusieurs formes de VGO, sans prétention à l'extrapolation populationnelle ainsi qu'à , à objectiver les écarts d'une part entre les normes de PEC et les pratiques des prestataires de soins, et d'autre entre les normes de l'espace et d'équipement en matériel biomédical de l'espace de travail à éclairer l'interprétation des résultats qualitatifs..

La.e consultant.e proposera un protocole permettant de documenter la fréquence observée des différentes formes de VGO parmi les participantes de l'étude, d'identifier les facteurs associés et son impact sur le recours aux soins. +

Les questionnaires devront s'appuyer autant que possible sur les outils validés par l'OMS tel que par exemple le « Mistreatment in Childbirth Scale ».

Le.a consultant.e pourra utiliser tout logiciel d'analyse statistique qu'il/elle juge approprié pour la conduite de l'étude. Le choix de l'outil devra être précisé dans la proposition technique.

Composante qualitative

La composante qualitative devra inclure :

- Des entretiens individuels approfondis avec les femmes utilisatrices des services de santé;
- Des groupes de discussion avec les femmes utilisatrices des services de santé;
- Des entretiens avec les professionnels de santé et des membres d'ONG / d'OSC;
- Des observations des pratiques de soins qui pourront être réalisées, sous réserve d'autorisation préalable. Un protocole d'observation structuré sera élaboré dans la note de cadrage. Les observations porteront uniquement sur les espaces collectifs (salle d'attente, couloir de maternité).

Une attention particulière devra être portée aux principes éthiques et à la protection des participant.e.s. La.e consultant.e doit expliquer comment il.elle obtiendra le consentement éclairé, garantira l'anonymat absolu des soignants/patientes, et surtout, comment il.elle orientera une femme vers une prise en charge intégrée, si l'entretien révèle une nécessité de prise en charge en lien avec un traumatisme ou une détresse aiguë.

L'analyse pourra s'appuyer sur une méthode d'analyse ou toute autre approche qualitative pertinente au regard des objectifs de l'étude. Le choix de la méthode d'analyse et des outils ou logiciels utilisés pour le traitement et l'analyse des données devront être précisés dans la proposition méthodologique.

3.2 DOCUMENTS CLES

La revue documentaire devra inclure notamment :

- Recommandations OMS sur les soins respectueux pendant l'accouchement ;
- Recommandations OMS relatives à la qualité des soins maternels et néonataux ;
- Recommandations UNFPA sur la violence reproductive et les VBG ;
- Politiques et stratégies nationales de santé sexuelle et reproductive/VBG à Madagascar ;
- Protocoles et normes nationales de santé maternelle et néonatale ;
- Littérature scientifique sur les VGO dans les pays à revenu faible et intermédiaire ;
- Les documents projets de DSF.
- Prise en compte de la douleur chez les femmes

Certains documents projets ou autres politiques nationales pourront être transmis par le comité de pilotage (Copil) au/à la consultant.e. Une recherche bibliographique est cependant attendue de sa part.

3.3 PERSONNES / INSTITUTIONS CLES

Le.a consultant.e devra rencontrer :

- Femmes utilisatrices des services de santé :
 - Femmes enceintes ,
 - Femmes en post-partum,
 - Patientes en consultation gynécologique/ utilisatrices en planification familiale,
 - Adolescentes et jeunes femmes ;
 - Femmes seules avec enfant(s) ;
 - Femmes en situation de vulnérabilité socio-économique ;
 - Travailleuses du sexe et autres populations exposées à des risques accrus de stigmatisation ou de discrimination dans l'accès aux soins ;
 - Autres profils identifiés comme pertinents lors de la phase de cadrage de l'étude
 - Etc.
- Professionnels de santé
 - Sages-femmes ,
 - Infirmier.e.s,
 - Médecins généralistes,
 - Gynécologues-obstétriciens,
 - Spécialiste en santé mentale (psychologue/psychiatre)
 - Chef.fe.s de service (maternité, gynécologie-obstétrique, planification familiale, etc.)
 - Directeur.rice.s d'établissements de santé
 - Etc.
- Institutions

- Ministère de la Santé Publique,
- Ministère de la population,
- Agences des Nations Unies dont UNFPA ,
- Organisations de la société civile et Organisations Non Gouvernementales intervenant dans les domaines de la santé et des droits des femmes (Médecins du Monde, Santé Sud, Marie Stopes Madagascar, Women Break the Silence, Ordre National des Psychologues de Madagascar , etc.) ;

La liste des contacts de ces personnes/ institutions sera partagée à le.a consultant.e.

4. PRODUCTIONS ET RESTITUTIONS ATTENDUES

4.1 PRODUITS LIVRABLES

4.1.1 Note de cadrage

Une note de cadrage sera produite en début de mission par le.a consultant.e après revue des documents clefs et les entretiens initiaux avec le Copil. La note de cadrage définit et formalise, entre autres, la méthodologie envisagée et la matrice d'étude présentant les instruments de collecte de données nécessaires (guides d'entretien, etc.) et propose un plan de travail réaliste avec un calendrier détaillé et définitif.

La note de cadrage sera soumise au Copil pour commentaires et validation lors de la réunion de cadrage.

4.1.2 Résultats et recommandations préliminaires

Une présentation Power point des résultats préliminaires ainsi que des premières pistes de recommandations auprès du Copil sera réalisé à l'issue de la phase terrain.

4.1.3 Rapport d'étude

Une version provisoire du rapport final sera produite à l'issue de la phase de terrain. Elle sera soumise au Copil pour commentaires et discussions. Le rapport final devra tenir compte des commentaires faits par le Copil sur le rapport provisoire.

Le texte principal du rapport, en format Word, doit comprendre entre 40 et 50 pages (sans compter les annexes), caractère 11 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

- Sommaire
- Liste des acronymes
- Résumé exécutif (4 pages maximum)
- Contexte
- Objectifs de l'étude
- Méthodologie
- Principaux résultats
- Discussion / analyse
- Conclusion et recommandations (classées selon les cibles)
- Annexes : termes de référence, liste des personnes rencontrées, calendrier, questionnaires, guides d'entretiens, grilles d'observation, etc.

4.1.4 Autres productions

En complément du rapport final, les livrables suivants sont attendus :

- Présentations PowerPoint de restitution intermédiaire et finale ;
- Base de données anonymisée.

Toutes les images et tous les enregistrements audios collectés par le.a consultant.e pendant l'étude doivent être transférés à DSF avec les autres livrables, et resteront la propriété exclusive de DSF. Ils ne pourront en aucun cas être utilisés par les consultant.es en dehors du cadre de cette consultance

4.2 RESTITUTIONS

- Restitution technique intermédiaire : Présentation des premiers résultats/ piste de recommandations auprès du Copil uniquement pour validation des résultats préliminaires avant rédaction,
- Restitution finale : Présentation des résultats aux autorités sanitaires, partenaires techniques et financiers et organisations de la société civile.

5. ORGANISATION DE LA MISSION D'EVALUATION

5.1 ORGANISATION LOGISTIQUE ET ADMINISTRATIVE

- **Équipement** : Le.a consultant.e devra disposer de ses propres ordinateurs. Il.elle assurera également de manière autonome la multiplication des outils nécessaires dans le cadre de l'étude,
- **Moyens de communication** : Accès internet disponible au bureau DSF. Le.a consultant.e sera autonome sur l'achat de sa Carte SIM et l'ensemble de ses frais de télécommunications (appels, connexion internet, etc.). DSF mettra à disposition une salle pour visio conférence si nécessaire dans le cadre d'organisation de réunions.
- **Déplacements/Hébergement** :
 - Les déplacements sont à la charge de le.a consultant.e.
 - DSF peut appuyer l'identification d'hébergements mais le coût restera à la charge de le.a consultant.e.
- **Formalités administratives** : Un visa d'entrée est requis pour les consultants étrangers. Il sera à la charge du/de la consultant.e (à obtenir avant l'arrivée).
- **Sécurité/Sûreté** : Un briefing sécurité sera organisé à l'arrivée. le.a consultant.e devra se conformer aux procédures DSF à tout moment.

5.2 PILOTAGE ET REPORTING

Comité de pilotage (Copil)

Le copil est l'instance de gouvernance de l'étude. Il s'assurera d'un droit de regard sur les méthodologies de collecte de données et veillera au respect des standards éthiques ainsi qu'à la qualité globale du processus.

Il a comme rôle principal d'entériner les étapes clefs. C'est ainsi lui qui validera le.la consultant.e, les différents livrables, etc.

Points d'étape

Des points d'étape ou des réunions ad hoc pourront être organisés entre le.a consultant.e et le Copil si nécessaire.

6. CALENDRIER

La mission devra avoir lieu entre le **31 août 2026** et le **22 novembre 2026**. Le planning prévisionnel est :

Phase préparation (revue documents, briefings) :	du 31/08/26	au 06/09/26	1 semaine
Phase terrain (recueil des données, analyse) :	du 07/09/26	au 04/10/26	4 semaines
Phase rédaction (rapports provisoire et final) incluant relecture copil :	du 28/09	au 09/11/26	4 jours
Restitution finale	18/11/26		

Le planning est indicatif, il est susceptible de modifications à tout moment en fonction de l'évolution du contexte et notamment de la sécurité/sureté.

7. BUDGET DISPONIBLE

Le budget total disponible pour cette étude est de **20 000 euros TTC maximum**, tous frais compris dont imprévus (maximum 5%), frais de rémunération de l'équipe (honoraires et *Per diem*) et tous autres frais liés à la mise en œuvre de l'étude (déplacement de l'équipe, etc.) .

L'équipe fera une proposition budgétaire détaillée avec une ventilation des coûts par postes de dépenses.

8. COMPETENCES REQUISES POUR MENER LA MISSION

Le.a consultant.e sera en charge de formaliser une approche et une méthodologie adaptées, d'accompagner et d'animer la démarche d'étude, de collecter et d'analyser les données nécessaires, de produire et livrer la note de cadrage et les autres productions attendues ainsi que de faire les restitutions mentionnées dans ces Termes de Référence.

Les compétences requises pour la mission sont :

- Obligatoires
 - Au moins 5 ans d'expérience en recherche quantitative et qualitative en santé publique ou sciences sociales,
 - Expertise en santé sexuelle et reproductive et violences basées sur le genre,
 - Excellente maîtrise du français.
- Fortement souhaitées
 - Expérience de recherche sur les VBG/ VGO, les soins respectueux ou la violence reproductive,
 - Expérience de travail à Madagascar,
 - Connaissance du système de santé malagasy,
 - Maîtrise du malagasy au sein de l'équipe,
 - Publications scientifiques ou études similaires antérieures.
 - + Maîtrise d'outil statistique/ analyse quantitative et qualitative

9. DOSSIER DE CANDIDATURE

MODALITES DE SOUMISSION DES CANDIDATURES

Les candidats sont invités à soumissionner en fournissant un dossier complet de 10 à 15 pages maximum hors CV à l'adresse email : recrutements.dsfmada@douleurs.org > en précisant en objet du mail « **Etude VGO** ». Aucun dossier de candidature soumis par un autre canal ne sera pris en considération. Le dossier sera considéré comme complet que s'il comporte les 3 éléments suivants :

1. **Proposition technique** incluant :

- La compréhension des termes de référence,
- L'approche technique développée et la méthodologie détaillée,
- La constitution de l'équipe, la répartition des responsabilités entre ses membres, les CV proposés (2 pages maximum par CV) et la disponibilité des membres ainsi que le ou les statuts juridiques des membres constitutifs de l'équipe de consultance auquel le/s consultant/s est/sont rattaché/s,
- Le calendrier prévisionnel de la mission ainsi qu'une estimation des charges personnes/jour,
- Les références de 2 travaux similaires antérieurs ainsi que les justificatifs.

2. **Proposition financière** incluant :

- Le budget total TTC,
- La répartition budgétaire TTC des postes de dépenses (honoraires, frais de vie, transports, interprète, etc.).
- Carte fiscale et statistique à jour ou statut fiscal du pays d'origine, immatriculation professionnelle, etc.

3. **Déclaration sur l'honneur** attestant de l'absence de conflit d'intérêt.

La date butoir de réception des dossiers de candidature est le **15/07/26 à 12h00 - heure Madagascar**

“Douleurs Sans Frontières ne sollicite aucun paiement, frais ou contribution financière à aucune étape du processus de recrutement. Toute demande de paiement liée à cette offre est considérée comme frauduleuse.”