



Termes de référence - Évaluation externe de projet - Bénin

« RESPECT » Médecins du Monde

Date : Février 2026

I. CONTEXTE

i. ORIGINE DE LA DEMANDE

Le Réseau international de Médecins du Monde (MdM) est composé de 17 organisations de la société civile unies par une même vision : celle d'un monde où la santé est reconnue comme un droit fondamental. Nous soignons, nous témoignons et nous plaidons pour un changement social, tout en luttant contre l'injustice. Nous travaillons en collaboration pour garantir un accès universel aux soins de santé. Notre Réseau met en œuvre plus de 400 projets, nationaux et internationaux, dans plus de 70 pays. Dans le monde entier, nous facilitons l'accès à des services médicaux de qualité pour les personnes dont la santé est menacée. Notre vision : un monde où les obstacles à la santé ont été surmontés, un monde où la santé est reconnue comme un droit fondamental.

En juillet 2019, Affaires mondiales Canada (AMC) a lancé un appel à proposition pour la santé et les droits des femmes et des adolescentes. Dans le cadre de cet appel, MdM Canada, à titre d'organisation exécutant le projet, a signé, le 27 septembre 2021, un Accord de contribution pour exécuter le projet « RESPECT » sur trois pays, soient le Bénin, le Burkina Faso et Haïti pour un montant de 33 338 478 \$ CAN

Le Projet RESPECT vise comme changement ultime la jouissance accrue des droits de la personne relatifs à la santé par les détenteur.trice.s de droits en situation de vulnérabilité et de marginalisation, en particulier les adolescentes et jeunes femmes (A/JF). Les activités du projet doivent prendre fin le 31 octobre 2026.

MdM est présente au Bénin depuis 1996. Elle a pour axes principaux d'intervention : La Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR); la Prévention et la prise en charge des violences; la Santé Maternelle et Infantile. En dehors de l'appui direct aux bénéficiaires à travers les interventions, MdM apporte un appui institutionnel aux Directions départementales de la santé et des affaires sociales pour répondre aux besoins des adolescent.es et jeunes et contribuer à la réalisation de leurs droits sexuels et reproductifs.

L'évaluation externe du projet émane de la volonté de MdM de renforcer la redevabilité de ses actions et d'améliorer ses stratégies et pratiques opérationnelles ; cette évaluation fait partie intégrante du projet et a reçu l'autorisation préalable d'AMC. Ces termes de références cible une consultance qui se concentrera uniquement sur les interventions de MDM au Bénin.

ii. BRÈVE PRÉSENTATION DU PROJET

Le projet « Respect » est une initiative de MdM déployée dans six (06 communes) du Zou, du Littoral et du Borgou au Bénin. Lesdites communes sont Cotonou (11^{ème}, 12^{ème}, 6^{ème} arrondissement), Abomey, Agbangnizoun, Djidja, Parakou et N'dali. Les interventions du projet ciblent

principalement les adolescent.es et jeunes de 10 à 24 ans.

Objectif ultime : Jouissance accrue des droits relatifs à la santé par les personnes en situation de vulnérabilité et de marginalisation, en particulier les adolescentes et jeunes femmes (A/JF) de 10 à 24 ans au Burkina Faso, au Bénin et de 15 à 24 ans en Haïti.

Résultats intermédiaires :

- **1100.** Utilisation équitable accrue des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) en particulier par les A/JF de 10 à 24 ans en situation de vulnérabilité et de marginalisation dans les régions ciblées
 - **1110.** Capacité accrue des A/J des régions ciblées, en particulier des A/JF, à exercer leur pouvoir d’agir sur leur santé et face à leurs droits fondamentaux en matière de DSSR
 - **1120.** Mobilisation accrue des communautés et des parents en faveur de « communautés sans violences » et respectueuses des droits des A/J, particulièrement des droits des A/JF
- **1200.** Prestation améliorée de services de santé adaptés au genre, inclusifs et responsables par les prestataires de soins de santé, notamment pour les A/JF de 10 à 24 ans dans les régions ciblées
 - **1210.** Accès accru des A/J à des services institutionnels de SSR de qualité, adaptés, inclusifs et équitables
 - **1220.** Accès accru des A/J à une prise en charge des VSBG intégrée, digne, et sensible au genre
 - **1230.** Accessibilité accrue des services de santé et SSR au sein de leurs communautés pour les A/J adaptés, inclusifs, respectueux et sensibles au genre
- **1300.** Efficacité améliorée des organisations des droits des femmes/filles et des autorités sanitaires, à promouvoir des politiques et cadres juridiques en matière de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) fondés sur des données probantes, responsables et équitables
 - **1310.** Capacités accrues des organisations faisant la promotion des droits des femmes/filles à plaider pour la mise en œuvre effective de politiques, cadres juridiques favorables à une meilleure prise en compte des DSSR en particulier des A/JF
 - **1320.** Mobilisation accrue des autorités sanitaires, judiciaires et autres tant aux niveaux national, régional que local en faveur des DSSR des A/J, en particulier des A/JF

Résultats spécifiques et activités clés :

Renforcement du pouvoir d’agir des A/J

Formations des A/J sur la DSSR, l’égalité de genre (ÉG) et la prévention des VSBG.

Appui technique et financier à des pairs-éducateur.trice.s, réseaux de jeunes et OSC pour mener des activités de sensibilisation (écoles, communautés, espaces jeunes).

Conception et adaptation d’outils de sensibilisation fondés sur l’approche par les droits, incluant les masculinités positives.

Autonomisation économique et réinsertion sociale

Accompagnement socio-professionnel des adolescentes/jeunes femmes vulnérables : orientation vers des centres de formation, appui alimentaire mensuel, prise en charge médicale et psychologique.

Appui à la formation continue sur l'autonomie, l'autodétermination et les compétences de vie.

Accès économique aux produits et services de SSR

Soutien à la création de micro-entreprises sociales (« trousse solidaires ») par des jeunes entrepreneur.e.s formé.e.s pour améliorer l'accès communautaire aux produits de SSR (contraceptifs, hygiène menstruelle, produits de santé).

Processus de consultation communautaire et religieuse pour renforcer l'acceptabilité sociale de l'initiative.

Sensibilisation communautaire et promotion de communautés sans violences

Organisation de campagnes de sensibilisation sur les DSSR, les VSBG, l'ÉG et les besoins des A/J.

Utilisation de méthodes participatives (théâtre forum, spectacles de marionnettes, dialogues communautaires, ateliers intergénérationnels).

Conduite d'actions de mobilisation pour des communautés protectrices.

Mise en place et renforcement des mécanismes communautaires de vigilance (MCV)

Appui à la création ou à la redynamisation de comités de vigilance communautaires, scolaires et/ou professionnels.

Élaboration participative de plans communautaires de prévention des VSBG et de respect des DSSR.

Renforcement des capacités des membres MCV sur les masculinités positives, l'ÉG et les droits.

Développement d'outils de sensibilisation

Renforcement des institutions de santé pour des services de SSR adaptés

Formations des prestataires sur les DSSR des A/J

Élaboration/adaptation d'outils de formation sur l'ÉG, l'inclusion et les besoins spécifiques des A/J.

Appui technique pour la mise en place ou la mise à jour des politiques, procédures et pratiques institutionnelles sensibles au genre.

Amélioration des conditions d'offre (RH, équipements, intrants, hygiène, gestion des déchets, accès à l'eau).

Prise en charge intégrée, digne et sensible des survivant.e.s de VSBG

Appui technique et financier aux institutions pour offrir des services de prise en charge sensibles et confidentiels.

Formation du personnel à l'accueil, l'écoute, l'examen, les soins et la référence sécurisée.

Mise en place de systèmes de référencement vers les services psychosociaux et juridiques.

Offre communautaire décentralisée et inclusive de services de SSR

Formation des agent.e.s de santé communautaires, matrones/accoucheuses traditionnelles et intervenant.e.s de proximité sur la DSSR des A/J.

Déploiement d'approches avancées de DSSR dans les communautés les plus reculées.
Renforcement des capacités pour la détection précoce, la prévention et la référence des cas.

Appui aux OSC et OCB engagées dans la DSSR et l'ÉG

Programme de formation des OSC sur le genre, les DSSR et les droits des A/J.

Appui technique et financier pour élaborer des plans de plaidoyer basés sur les besoins identifiés.

Production d'études sur les déterminants socioculturels des besoins en DSSR des A/J.

Appui aux actions de plaidoyer locales, nationales, régionales et internationales.

Mobilisation et accompagnement des autorités sanitaires, éducatives et judiciaires

Appuis techniques aux ministères, directions centrales, directions sanitaires ou départementales pour la coordination, la planification et la mise en œuvre des politiques DSSR.

Participation aux espaces de concertation (cluster, tables sectorielles, dialogues sanitaires).

Accompagnement des autorités pour la mise à jour et l'harmonisation des normes et cadres juridiques DSSR.

Soutien à l'intégration de pratiques sensibles au genre dans les stratégies nationales et régionales.

Le projet s'inscrit dans le cadre des objectifs de la Politique d'aide internationale féministe (PAIF) du Canada, promouvant l'égalité des genres et le droit à la santé pour les femmes et les filles.

Portée du projet au Benin

- Bénéficiaires directs : 226 149 personnes (139 546F, 86 603H), dont :
 - 76 842 AJF
 - 42 258 AJH
 - Membres de la communauté, parents : 53 170 soit 31 086 femmes & 22 084 hommes
 - Professionnels de santé : 2691(282F, 29H)
- Bénéficiaires indirects: 493 343 personnes (294 486F, 198 857H), dont :
 - 229 792 AJF
 - 153 065 AJH

Couverture géographique :

- Littoral : Cotonou 6
 - 02 formations sanitaires : CS Gbgamey ; CS Akogbato
 - 02 collèges: CEG Gbgamey, CEG FIYEYON
 - 01 CIPEC (CHU MEL) , 01 CPS (Gbgamey)
 - 02 arrondissements : 11ème et le 12ème arrondissement
- Zou : ZS Abomey -Agbangnizoun-Djidja
 - 01 hôpital de zone sanitaire (Djidja);

- 02 CSC (Abomey, Agbangnizoun);
- 06 collèges : CEG Goho ; Lycée Houffon et Lycée houégbadja (Abomey); CEG Agbangnizoun (Agbangnizoun); CEG Mougnon, CEG Omgbègamey (Djidja)
- 03 CPS : Abomey, Agbangnizoun, Djidja ; 01 CIPEC sis à Abomey
- Borgou : ZS Parakou –N'dali
 - 03 CS: Parakou (CS Zongo, CSC Parakou); N'dali (CSC N'dali)
 - 04 collèges: Parakou (CEG Hubert Manga; CEG Zongo); N'dali (CEG 1 et CEG 2)
 - 02 CPS (01 Parakou , 01 N'dali)
 - 01 CIPEC

Principales parties prenantes du projet et responsabilités

Le projet « Respect » repose sur une collaboration étroite entre plusieurs parties prenantes aux rôles complémentaires. L'objectif principal du partenariat est de fournir un accompagnement organisationnel et technique aux institutions et organisations locales selon leurs besoins et les ressources disponibles, afin d'atteindre les résultats escomptés.

Les organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle stratégique en développant des actions de plaidoyer aux niveaux local, national, régional et international pour intégrer les questions d'inégalités de genre et d'accès à la santé dans les politiques publiques. Elles sensibilisent les communautés sur les thématiques du projet, telles que la SSR et la lutte contre les VBG.

Des pair.e.s-éducateur.trice.s, composé d'A/J de 10 à 24 ans sensibilise et mobilise leurs pair.e.s sur les DSSR à travers une multitude d'activité. Ils et elles facilitent l'accès à l'information pour leurs pair.e.s.

Des leaders communautaires, traditionnels et religieux sont sensibilisés aux DSSR et à la masculinité positive. Ils mobilisent la communauté pour prévenir les VSBG et défendre les droits.

Des agent.e.s de santé communautaires, relais communautaires et accoucheuses traditionnelles (matrones) sont formé.e.s pour offrir une réponse adaptée aux jeunes en matière de DSSR. Il.elle.s identifient les cas de VSBG ou complications et assurent la référence vers les services tout en contribuant à la sensibilisation dans les zones isolées.

Les mécanismes de vigilance communautaires et/ou scolaires sensibilisent la communauté pour identifier précocement les situations de risques affectant les adolescent.e.s et les jeunes, notamment les VSBG et les obstacles aux DSSR. Ces comités mettent en place des actions de prévention, recueillent les alertes et assurent la référence sécurisée des cas vers les services de santé, psychosociaux ou juridiques.

Les entrepreneur.euse.s solidaires sont de jeunes formé.e.s qui créent de petites micro-entreprises sociales afin de distribuer, dans les communautés éloignées, des produits essentiels de santé sexuelle et reproductive (contraceptifs, hygiène menstruelle, produits d'hygiène). Soutenus par un appui financier et un coaching adapté, ils améliorent l'accès aux produits de santé tout en renforçant leur autonomie économique.

Les FoSa sont soutenues pour accroître la qualité et l'accès aux soins de santé SSR. Cet appui inclut des interventions visant à garantir la confidentialité, la sécurité, et la non-discrimination, pour les adolescent.es et jeunes.

Les interventions visent à améliorer les conditions d'offre (RH, équipements, intrants, hygiène, gestion des déchets, accès à l'eau).

Structure de gouvernance du projet

La gouvernance du projet repose sur une architecture collaborative et multiniveaux, intégrant les

sièges de MdM, les missions pays et les différentes instances de pilotage. Elle s'inscrit dans une logique de gestion transparente, participative et alignée sur les principes de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), assurant une mise en œuvre cohérente dans les trois pays d'intervention ainsi qu'une coordination fluide entre les différents chapitres de MdM et les partenaires associés.

Le siège de MdM Canada, en tant que répondant direct auprès d'Affaires mondiales Canada (AMC), assure un rôle central dans le suivi stratégique du projet. Il maintient un dialogue continu avec le bailleur, veille à l'information rapide de tout risque pouvant affecter la mise en œuvre et coordonne la préparation, la validation et la transmission des plans de travail, des rapports narratifs et financiers ainsi que des demandes de financement. Il assure également une supervision technique transversale incluant les dimensions d'égalité de genre et d'environnement, tout en garantissant la circulation fluide de l'information entre AMC, les chapitres opérationnels et les partenaires tels qu'ASFC.

Les sièges de MdM France, MdM Espagne, MdM Suisse et MdM Canada assument un rôle d'encadrement stratégique et financier pour leurs missions respectives. Ils veillent à la conformité budgétaire, aux contrôles financiers, au respect des exigences contractuelles et à la remontée rapide des incidents, changements contextuels ou enjeux sécuritaires. Ils facilitent également la coordination interchapitres, harmonisent les communications externes et appuient les visites officielles, notamment celles de l'ambassade du Canada dans les pays d'intervention.

Les missions des chapitres MdM au Burkina Faso, au Bénin et en Haïti constituent les acteurs opérationnels du projet. Elles sont responsables de la planification, de la mise en œuvre quotidienne et du suivi technique, financier et sécuritaire des activités conformément au PMO, aux PTA et aux exigences de la GAR. La Coordination générale de chaque mission assure le leadership opérationnel, représente le projet auprès des autorités et partenaires, gère les ressources humaines et matérielles, et élabore, au besoin, des plans d'atténuation en cas d'incident ou de risque majeur.

Les organes de gouvernance nationaux — Comité de pilotage et Comité technique — assurent un espace structurant de réflexion stratégique et d'orientation technique :

- Le Comité de pilotage, co-présidé par le ministère de la Santé et la Coopération canadienne, réunit les autorités sectorielles, les partenaires du projet et les équipes MdM. Il valide les orientations annuelles, se prononce sur les plans de travail et les rapports, et assure un appui stratégique à la mise en œuvre.
- Le Comité technique, animé par les missions terrain, rassemble directions sanitaires, représentant·e-s des ambassades et organisations partenaires pour analyser l'avancement technique, ajuster les stratégies et formuler des recommandations opérationnelles semestrielles.

Enfin, le Comité de gestion du projet constitue l'espace de coordination interne entre MdM Canada, les sièges des chapitres partenaires et les missions terrain. Il assure une discussion régulière sur les enjeux de gestion, de gouvernance, de suivi et de cohérence, et garantit l'harmonisation des pratiques, la fluidité de la communication et la cohérence de la mise en œuvre multisite.

Ensemble, ces structures de gouvernance assurent un pilotage cohérent, une communication transparente et une responsabilisation partagée, favorisant l'efficacité, la qualité et la pérennité des interventions.

II. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ET PUBLIC VISÉ

i. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Les objectifs de cette évaluation sont les suivants :

- Vérifier l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la durabilité du projet en tenant compte de son impact sur les bénéficiaires ;
- Examiner dans quelle mesure les résultats ont été atteints et mesurer l'impact sur la jouissance des droits relatifs à la santé par les personnes en situation de vulnérabilité et de marginalisation, en particulier les adolescentes et jeunes femmes (A/JF)
- Apprécier les stratégies opérationnelles mises en œuvre, en portant une attention particulière à l'intégration des dimensions transversales (égalité des genres, environnement, sensibilité au conflit, durabilité, gouvernance) ;
- Tirer des leçons pour améliorer les futures interventions et informer la prise de décision quant à la pérennisation des activités ;
- Renforcer la redevabilité auprès des bailleurs et des parties prenantes locales.

ii. PÉRIMÈTRE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation couvrira la période d'activité du projet et portera sur les zones sanitaires ciblées. Il s'agit des Zones Sanitaires Cotonou 6; Zone Sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun (DAA); Zone Sanitaire Parakou-N 'dali.

iii. UTILISATEUR.TRICE.S DE L'ÉVALUATION

Les parties prenantes du projet : les ministères en charge de la santé dans les pays d'intervention, MDM, AMC, ainsi que les réseaux/coalitions d'organisations non-gouvernementales œuvrant en développement international.

III. ORIENTATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Il est attendu de la proposition retenue qu'elle propose une méthodologie participative permettant de répondre adéquatement aux objectifs de cette évaluation, incluant la formulation des questions d'évaluation. Cela se traduira par :

- Le recrutement d'un.e chercheur.euse principale expérimenté.e associé.e à une jeune co-chercheuse âgée de 18 à 24 ans.
- La mise en place d'un comité de jeune de 10 à 24 ans, paritaire et sensible à la diversité, qui validera l'ensemble des étapes du projet, des outils jusqu'au résultats préliminaires;
- La mise en place d'un comité de personnes interviewées, paritaire et sensible à la diversité, qui validera l'ensemble des étapes de l'évaluation, des outils jusqu'au résultats préliminaires;

En plus de mesurer le rendement du projet en termes qualitatifs et quantitatifs, l'évaluation doit permettre d'analyser les aspects suivants :

- Pertinence (ex : Dans quelle mesure le projet répond-il aux besoins spécifiques des populations affectées, notamment les femmes, les adolescentes et les populations déplacées ?)
- Cohérence (ex : Dans quelle mesure l'intervention est-elle adaptée ?)
- Efficacité (ex : Les objectifs ont-ils été atteints de manière équitable pour tous les groupes sociaux ? Quels ont été les principaux facilitateurs et obstacles ?)
- Efficience (ex : Les ressources allouées ont-elles été utilisées de manière optimale pour maximiser l'impact ?)
- Impact (ex : Quelles ont été les transformations majeures dans l'accès aux soins de santé des

bénéficiaires ? Existe-t-il des effets non anticipés ?)

- Durabilité (ex : Les actions mises en place peuvent-elles être maintenues après la fin du financement ? Dans quelle mesure le projet a-t-il renforcé les capacités locales ?)
- La pérennité (entre autres au niveau des autorités et de la communauté)
- L'intégration des questions de genre et d'inclusion sociale à toutes les étapes du cycle de projet
- Le niveau de prise en compte des aspects genre et dans les actions du projet

Les méthodes de collecte de données proposées doivent être de nature qualitative et quantitative. Le développement de la méthodologie s'appuiera sur les présents termes de référence, sur les documents clés présentés ci-dessous qui seront partagés avec les consultant.e.s sur des entretiens menés avec les personnes listées ci-dessous.

L'évaluation devra inclure une analyse intersectionnelle approfondie afin de comprendre comment le sexe, l'âge, le handicap, l'ethnicité et d'autres facteurs pertinents, influencent la jouissance des droits relatifs à la santé

L'évaluation devra s'appuyer sur des données désagrégées au-delà du sexe, y compris sur l'âge, le handicap et le statut socioéconomique des bénéficiaires.

L'évaluation devra strictement respecter les principes éthiques en matière de collecte et d'analyse des données, notamment en ce qui concerne les violences basées sur le genre (VBG). Le/la consultant.e devra appliquer les Recommandations d'éthique et de sécurité de l'OMS pour la recherche sur la VBG, y compris :

- L'obtention du consentement éclairé des participant.e.s, en particulier des survivant.e.s de VBG ;
- La protection des données et la confidentialité des témoignages ;
- La mise en place de mécanismes de référencement vers des services de soutien pour toute personne en détresse identifiée au cours de l'évaluation.

i. DOCUMENTS CLÉS

Le/La consultant.e devra prendre connaissance d'un certain nombre de documents, dont :

- a) Les documents de projets : plan de mise en œuvre et ses annexes, plans de travail annuels, cadre de mesure de rendement du projet ;
- b) Les rapports de projet semestriels et annuels remis à AMC ;
- c) Les comptes-rendus des rencontres du Comité pilotage du projet ;
- d) Les différents outils développés par le projet en lien avec l'atteinte des résultats ;
- e) Normes de qualité de l'OCDE pour l'évaluation du développement et autres documents y référant ;
- f) Recommandations d'éthique et de sécurité de l'OMS pour la recherche sur la VBG.

La liste détaillée de ces documents sera remise à la personne retenue pour conduire l'évaluation lors de sa réunion préparatoire.

ii. PERSONNES / INSTITUTIONS CLÉS

- a) Équipes de Médecins du Monde
- b) Directions départementales de la Santé; Équipe d'encadrement des zones sanitaires
- c) Responsables des centres de santé soutenus et prestataires de soins
- d) Agent.e.s de santé communautaire, représentant.e.s des OSC
- e) Personnes bénéficiaires directes de l'action (pair.e.s-éducateur.trice.s, jeunes entrepreneur.e.s)

solidaires, mécanisme de vigilance, leaders communautaires et religieux, etc.)

La liste détaillée des personnes clés sera remise à la personne retenue pour conduire l'évaluation lors de sa réunion préparatoire.

IV. ORGANISATION DE LA MISSION D'ÉVALUATION

i. CHRONOGRAMME ENVISAGÉ

L'évaluation devrait avoir lieu entre mars et octobre 2026, avec un niveau d'efforts maximal de 30 jours. La phase de terrain devrait avoir lieu entre juillet et août 2026 et inclut des déplacements dans les zones du projet.

Phase de préparation : Réunion préparatoire, revue documentaire, rédaction des guides et des outils d'évaluation. Dépôt pour obtention du certificat éthique nationale et autorisation de collecte de données (5 jours)

Phase de terrain : Collecte et analyse des données, restitution préliminaire (15 jours)

Phase de rédaction du rapport final provisoire (7 jours)

Phase de rédaction du rapport définitif (3 jours)

Le chronogramme provisoire est susceptible d'être modifié à tout moment en fonction de l'évolution du contexte, notamment de la sécurité et de la possibilité de se rendre sur le terrain.

NB : la date de démarrage de la collecte sera définie après l'obtention de l'avis éthique et du visa statistique

ii. PILOTAGE ET REPORTAGE / SUIVI

Le Comité de pilotage de l'évaluation est chargé de recruter le/la consultant.e, d'encadrer l'évaluation, de commenter et valider les productions délivrées en français et de contribuer activement à la diffusion des résultats de l'évaluation aux différentes parties prenantes, incluant les bénéficiaires du projet et les autorités locales.

Le suivi sera assuré par le comité de pilotage (COPIL), qui se réunira selon un calendrier prévisionnel établi lors de la première réunion.

Une rencontre (en personne et/ou vidéoconférence) sera organisée par le Comité de pilotage avec le/la consultant.e après réception du rapport de démarrage et du rapport final provisoire.

iii. ORGANISATION LOGISTIQUE ET ADMINISTRATIVE

Équipement :

- Le/La consultant.e devra fournir le matériel nécessaire à la réalisation de l'évaluation (ordinateurs, enregistreurs, etc.).
- Il/Elle aura accès à un espace de travail et de rencontres pour les entrevues ou présentations des résultats aux bureaux de MdM
- Un projecteur sera fourni par MdM pour la présentation des résultats de l'évaluation.

Moyens de communication

- Le/La consultante pourrait bénéficier de la connexion internet dans les bureaux de MdM pour les séances en ligne .

- Les coûts de téléphone ou tout frais de communication associée devront être présentés dans le budget fourni plus bas.

Déplacements / Hébergement

- Un véhicule avec chauffeur sera mis à disposition du/de la consultant.e pour les déplacements dans le cadre de la mission d'évaluation. L'équipe de consultance devra transmettre son planning à l'équipe MDM au moins deux semaines à l'avance. L'horaire exact des déplacements sera ensuite décidé par MDM en fonction des impératifs logistiques et sécuritaires de la mission.
- L'hébergement et les repas ainsi que tout autre frais généré par les déplacements lors de la mission d'évaluation est à la charge du/de la consultant.e. MDM validera en amont la localisation de l'hébergement afin de s'assurer qu'elle remplit les conditions de sécurité. Les déplacements internationaux éventuels, vers/en partance des zones du projet restent la responsabilité du/de la consultant.e en termes de réservation, et les coûts devront être ventilés dans le budget fourni par le/la consultant.e.

Formalités administratives : L'ensemble des formalités administratives, incluant l'obtention de visa et d'une assurance santé ou voyage, sont à la charge du/de la consultant.e. MDM pourra produire tous les documents nécessaires à ces démarches sur demande.

Information confidentielle : Toute information qui sera communiquée dans le cadre de cette évaluation, concernant soit le personnel, la situation financière ou d'autres affaires de MDM, devra être traitée en toute confidentialité et ne pourra être révélée à d'autres personnes et/ou organisations. De plus, tout matériel, témoignage, image, outil, donnée ou document produit ou partagé dans le cadre de cette évaluation devra demeurer confidentiel et ne pourra être partagé ou diffusé durant la période de l'évaluation de même qu'une fois le l'évaluation terminée.

Propriété : Il est entendu que toutes les données recueillies avec le temps au cours de cette évaluation, y compris toutes les données informatiques, publications, listes de contacts et autres informations, sont et demeurent la propriété exclusive de MDM. MDM se réserve tous les droits en relation avec l'impression, la publication, la distribution ou la vente, en tout ou en partie, sous quelque forme que ce soit, des rapports et de tout autre produit issu de cette évaluation.

iv. SÉCURITÉ

Le/La consultant.e devra suivre les règles de sécurité de la mission de MDM lors de la phase terrain. Un briefing sécurité complet sera fait avant le démarrage de la phase terrain.

Toutefois, il est important de noter que MDM ne pourra en aucun cas être tenue responsable de la sécurité du/de la consultant.e et/ou de son équipe. Le/la consultant.e demeure entièrement responsable de sa propre sécurité (ainsi que de celle de son équipe, le cas échéant) et devra prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer sa protection personnelle.

V. Productions et restitutions attendues

i. RAPPORT DE DÉMARRAGE

Le rapport de démarrage sera développé par le/la consultant.e et sera soumis au Comité de pilotage de l'évaluation en amont de la phase terrain pour commentaires et validation. Ce rapport présentera une proposition de méthodologie détaillée et un plan de travail ainsi que les outils de

collecte prévus pour le recueil des données, un plan d'échantillonnage pour les entretiens et un calendrier prévisionnel précis de la phase terrain.

ii. **RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS**

À la fin de la phase de terrain, le/la consultant.e présentera aux principales parties prenantes du projet les premiers résultats et recommandations qui se dégagent avant l'étape d'écriture.

iii. **RAPPORT FINAL**

Un rapport final provisoire sera produit à l'issue de la phase de terrain. Le Comité de pilotage de l'évaluation disposera de deux semaines à partir de sa réception pour émettre des commentaires et avis.

Le rapport final définitif devra intégrer les commentaires / remarques / discussions / échanges / recommandations produits par le comité de pilotage après lecture du rapport final provisoire.

Le texte principal du rapport d'évaluation, en format Word, doit comprendre entre 30 et 50 pages (sans compter les annexes), caractère 11 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

- a) Résumé exécutif (5 pages maximum)
- b) Introduction
- c) Liste des acronymes
- d) Contexte (description du projet)
- e) Objectifs de l'évaluation
- f) Méthodologie et limites
- g) Principaux résultats
- h) Analyse et leçons apprises (positives et négatives)
- i) Contraintes ayant un impact sur le projet
- j) Conclusions et recommandations, incluant une proposition synthétique des actions à garder pour les interventions futures,
- k) Annexes : termes de référence de l'évaluation, liste des personnes rencontrées, calendrier des activités de collecte de données, guides d'entretiens, bibliographie, etc.

VI. **Budget**

Le budget global de l'évaluation ne pourra pas dépasser 22 000 \$ CAD. La consultante ou le consultant doit soumettre un budget détaillé suivant le modèle suivant :

	Nombre de jours	Coût unitaire \$CAD	TOTAL \$CAD	Remarques
Honoraires				
Per diem				
Transport international (si nécessaire)				
Hébergement				
Interprète (si nécessaire)				
Consultant.e local.e (si nécessaire)				
Frais de traduction				

Communication				
Autres (à préciser)				
Montant TOTAL (incluant les taxes si applicables)				

VII. Compétences requises pour mener la mission

Il est requis du/de la consultante :

- Au moins un BAC +03 en sciences sociales, gestion de projets ou domaine équivalent
 - Une maîtrise et une expérience démontrée d'au moins 4 ans en matière d'évaluation de projets de santé et de leurs méthodologies ;
 - Une bonne expérience en matière de coopération et de développement international ;
 - Une expérience professionnelle dans les zones d'interventions du projet, un atout ;
 - Une bonne connaissance des systèmes de santé des zones d'interventions du projet;
 - Une bonne connaissance du contexte des zones d'interventions du projet;
 - Une solide expérience dans l'animation de processus participatif (entretiens, focus group multi-acteurs) ;
 - Une expertise démontrée en genre, expertise en évaluation féministe et analyse intersectionnelle un atout ;
 - De bonnes capacités organisationnelles, y compris la capacité à fournir les livrables dans les délais impartis ;
 - Un bon jugement, leadership, autonomie ;
 - Une excellente capacité d'écriture et faire preuve d'un esprit d'analyse et de synthèse ;
 - Une maîtrise du français à l'oral et à l'écrit,
 - La maîtrise d'au moins 02 langues endogènes principales (Bariba et fon) est un atout
- Les candidatures d'équipes dirigées par des femmes ou de consultantes ayant une expertise avérée en genre et inclusion sociale sont particulièrement encouragées.

VIII. Dossier de candidature

Les personnes intéressées doivent transmettre une **proposition technique détaillée** contenant les éléments suivants :

- La compréhension des termes de référence ;
- L'approche technique développée et la méthodologie ;
- Leur Curriculum Vitae et leur disponibilité (s'il s'agit d'une équipe : sa constitution, la répartition des responsabilités entre ses membres) ;
- Le calendrier prévisionnel de la *mission* d'évaluation (incluant la stratégie d'accès aux zones d'intervention du projet ainsi que les stratégies au niveau linguistique (via consultant local ou autre) ;
- Une proposition budgétaire incluant toutes les taxes et comprenant une ventilation du budget (honoraires, frais de subsistance, déplacement, interprète, etc.)
- Les références d'au moins 02 travaux similaires antérieurs ;
- Une déclaration sur l'honneur attestant de l'absence de conflit d'intérêt.

La proposition technique doit être envoyée à l'adresse suivante : info@medecinsdumonde.ca avec en

objet la référence BÉNIN/ évaluation externe projet RESPECT avant le **15 mars 2026**