

## TERMES DE RÉFÉRENCES

# « Évaluation de l'axe mutuelle de santé du programme DGD RDC et Burundi de Solsoc »

## 1. INFORMATIONS CONTEXTUELLES

### 1.1. Informations générales :

Solsoc est une organisation non gouvernementale agréée par la coopération belge (DGD) qui met en œuvre des programmes de développement durable dans 8 pays du Sud. Elle est une des organisations de Solidarité Internationale de l'Action commune socialiste qui constitue son ancrage historique et social.

Avec ses partenaires, elle agit pour un monde juste et solidaire, dans lequel l'accès aux droits sociaux, économiques et culturels est garanti de façon durable pour toutes et tous. Elle promeut le changement social à travers le respect de la Démocratie et du Droit international, la promotion du Travail Dément, l'accès à une Protection Sociale.

Pour Solsoc, la Protection Sociale est considérée comme un droit universel et un préalable au développement qui contribue à la lutte contre les inégalités. Avec ses partenaires mutuellistes et syndicaux elle promeut dans le Sud des systèmes de protection sociale basés sur les socles de protection sociale tels que proposés par la recommandation 202 de l'OIT plutôt que sur des filets sociaux trop dépendants de l'aide, désarticulés et non durables. La stratégie d'extension de la couverture maladie dans le secteur informel, priorité pour Solsoc, privilégie l'action des mutuelles de santé à base communautaire et leurs réseaux pour donner accès aux soins de santé et aux médicaments de qualité. Solsoc et ses partenaires utilisent la méthodologie de la cartographie des incidences pour le suivi et l'évaluation des programmes.

Solsoc est membre de la plateforme MASMUT aux côtés des différentes mutualités belges et des autres ONG d'appui aux mutuelles de santé. Dans la continuité du programme MASMUT (financé par la coopération belge de 2014 à 2016), l'objectif de la plateforme est de renforcer les capacités des acteurs mutualistes à prendre part au développement du régime d'assurance maladie de leurs pays. Solsoc soutient directement les plateformes mutualistes nationales du Burundi et du Burkina Faso, ses partenaires au Sénégal et en République démocratique du Congo participent aux plateformes pilotés par d'autres acteurs.

### 1.2. Contexte de l'évaluation :

L'évaluation concerne l'axe mutuelliste du programme quinquennal de Solsoc allant de 2017 à 2021 de la République démocratique du Congo et du Burundi. Les deux pays présentent des caractéristiques contextuelles spécifiques et une ancienneté des projets différentes. L'évaluation est faite à mi-parcours afin d'orienter les stratégies à mettre en œuvre au cours des deux dernières années du programme et les besoins en renforcement d'expertises locales.

## En République Démocratique du Congo

Dans le cadre de la Politique Nationale de Protection Sociale adoptée en 2016, il est noté que la conception et la mise en œuvre de la Protection Sociale privilégient les mécanismes de péréquation et de mutualisation. En pratique, cela signifie que le principe de solidarité est posé d'emblée à la fois comme fondement et comme mode opératoire de la Protection Sociale. La politique Nationale de Protection Sociale prévoit que chaque Congolais-e-s ait l'obligation d'adhérer à une mutuelle de santé de son choix.

La loi déterminant les principes fondamentaux de la mutualité (Loi organique N° 17/002) a été adoptée en mai 2016 et promulguée par le chef de l'État en février 2017. Toutefois, ses mesures d'application devant déterminer les principes fondamentaux relatifs à la mutualité ne sont pas encore rédigées.

Le budget de l'État affecté à la santé est inconséquent au vu du nombre d'habitant-e-s du pays, de la croissance démographique soutenue, de l'état sanitaire de la population, de l'état des infrastructures et des distances.

74% de la population congolaise vie sous le seuil de pauvreté et le PIB est de moins de 500 \$ par habitant-e par an alors que plus de 95 % des dépenses de santé sont à sa charge.

En République Démocratique du Congo, Solsoc accompagne les OSC partenaires depuis 2008 d'abord dans la réflexion et puis dans l'action pour la mise en place des mutuelles de santé et la promotion de la protection sociale (depuis le programme 2014-2016). L'objectif spécifique du programme 2017-2021 pour la République Démocratique du Congo est : « Des plates formes d'organisations de citoyen-e-s, des organisations mutualistes, des initiatives d'économie sociale et solidaire et leurs réseaux, avec l'appui du programme, se structurent, se renforcent et sont en capacité d'impulser un engagement citoyen fort en faveur du respect de la Constitution et des lois de la République, d'œuvrer pour l'amélioration de l'accès à des moyens de subsistance durables, de participer à l'élargissement de la protection sociale des communautés qu'elles représentent, en particulier les jeunes et les femmes et qui en sont exclues, d'influencer les politiques dans le cadre de la lutte pour la promotion et la vulgarisation des droits au travail décent des populations et l'accès durable à des services sociaux de base de qualité et ce dans le respect de l'environnement et de l'égalité hommes-femmes en République Démocratique du Congo ».

Pour l'axe « mutuelles de santé » les partenaires sont les suivants :

- CRAFOP : à l'Équateur, dans les Territoires de Bikoro et Ingende et dans la ville de Mbandaka, le CRAFOP accompagne la mutuelle de santé LOBOKO NA LOBOKO « LONALO ». La LONALO a 5 sections (Wendji Secli, Bompoma / Widjifake, Ingende, Kalamba et Mbandaka).
- CENADEP : le CENADEP appuie la mise en place à Kinshasa de la MUSQUAP qui est depuis début 2019 officiellement agréée comme mutuelle de santé et à Lubumbashi, la mutuelle AFYA YETU « MUSAFY » dans 3 communes, Katuba, Lubumbashi et Ruashi.

Le résultat de l'axe mutuelle de santé et ses indicateurs sont les suivants :

<b>Résultat R92</b> : La LONALO, la MS AFYA et la MUSQUAP sont en condition d'améliorer leurs performances, leur professionnalisme et leur autonomisation.				
<b>Hypothèses</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La CSU qui intègre les mutuelles de santé et favorise leur développement est mise en place</li> <li>- L'offre de soin est accessible et de qualité</li> <li>- La bonne gestion et maîtrise des éventuelles épidémies par l'État</li> <li>- Les médicaments restent accessibles (physiquement et financièrement).</li> </ul>				
<b>Indicateur 1</b> :	Les gestionnaires des 3 MS rentrent des rapports, mais pas de façon	Les gestionnaires des 3 MS produisent des rapports réguliers	Les CA des 3 MS prennent toutes les décisions argumentées et	PV des réunions décisionnelles – Rapports des gestionnaires -
L'existence d'un outil de pilotage qui permet aux MS de				

prendre les bonnes décisions	régulière et dont les données ne sont pas toujours fiables et complètes	dont les données sont exploitables	renseignées qui concernent les MS sur base des conclusions tirées de l'analyse de l'outil de pilotage.	Document de pilotage
<b>Indicateur 2</b> : Le nombre d'adhésions et le taux de recouvrement des cotisations des membres des MS	LONALO : 624 adhésions et 36% MUSQUAP : 380 adhésions et 40 % AFYA : 220 adhésions et 40 %	LONALO : 1.500 membres et 50% MUSQUAP : 750 membres et 50 % AFYA : 500 membres et 50 %	LONALO : 2.500 membres et 75% MUSQUAP : 1500 membres et 70 % AFYA : 1500 membres et 70% <sup>1</sup>	Carnets des membres – Outils de gestion des mutuelles de santé

En 2016 l'existence de plusieurs obstacles et/ou difficultés dans la mise en œuvre des mutuelles avait conduit à la commande puis la réalisation d'une première évaluation. Le constat est que 2 ans plus tard le développement des mutuelles de santé n'a pas suffisamment évolué, et ce malgré la mise en œuvre du plan de redressement des trois mutuelles par l'application d'outils adaptés et de nouvelles stratégies (concentration géographique, sensibilisation de dynamiques à forte cohésion sociale, modification de certains éléments de l'étude de faisabilité, nouveau produit de protection comme le cercueil), par la recherche de collaborations (initiée en 2018) pour mutualiser des dépenses et augmenter le nombre d'adhésions et par le renforcement d'activités génératrices de revenus (adossement d'une pharmacie à une section mutuelliste comme source de moyens financiers).

Fin 2018, le constat est que la survie des 3 mutuelles est loin d'être assurée : leurs indicateurs de performances (taux de pénétration, taux de renouvellement et taux de recouvrement) restant très faibles. Outre les facteurs internes aux mutuelles, les causes contextuelles probables sont les suivantes :

- Les populations ciblées ont des revenus irréguliers et faibles liés à des travaux saisonniers (agricoles et commerciaux) ou du secteur de l'informel. Leur capacité contributive est très faible et influence leur comportement.
- Le projet souhaite favoriser le conventionnement avec les infrastructures d'Etat, mais la qualité de l'offre de soins est souvent médiocre, trop éloigné et peu attractive (surtout en milieu rurale). Elle souffre régulièrement du manque d'approvisionnement en médicaments.
- Le comportement néfaste au développement de la mutuelle de certains membres et prestataires de soin, qui la voient plus comme à « exploiter », qu'à préserver fragilise l'atteinte de leur équilibre financier
- La présence et l'influence de projets basés sur les dons et la gratuité favorisent le développement d'attitude attentiste et augmentent la difficulté à mettre en place un système qui fonctionne en grande partie avec des cotisations.
- Les mauvaises expériences du passé dans lesquels les gestionnaires et/ou élu-e-s sont partis avec la caisse augmentent la méfiance de la population.
- Le recours aux tradi-praticien-e-s.

De là, la justification du choix d'en faire le sujet d'une évaluation externe qui décidera des suites à donner au volet mutuelliste.

<sup>1</sup>**Un-e adhérent-e** est une personne physique, âgée de plus de 18 ans qui n'a pas encore payé la totalité de ses cotisations et n'obtient pas encore les avantages sociaux de la part de la MSP.

**Un-e membre** est une personne physique, âgée de plus de 18 ans qui a payé la totalité de ses cotisations (apurement de la cotisation) permettant à la mutuelle de remplir ses obligations vis-à-vis de ses membres. Le membre et ses personnes à charge reçoivent des avantages sociaux de la part de la MSP.

**Un-e bénéficiaire** est le membre et toute personne qu'il a pris à charge (préalablement déclarée le jour de l'adhésion).

## Au Burundi

Dans le contexte actuel d'extrême pauvreté et d'instabilité politique, étendre la protection sociale via des mutuelles de santé selon la vision de Solsoc et de ses partenaires mutualistes est un défi colossal. En dépit du fait que le document de Politique Nationale de Protection Sociale prévoit la mise en place d'une assurance-maladie universelle pour tou-te-s les burundais-e-s, on observe une compétition entre le Ministère de la santé et celui en charge de la protection sociale qui pénalise fortement le développement des mutuelles de santé. Même si certaines avancées sont observées et que le Secrétariat Exécutif Permanent de la Commission Nationale de Protection Sociale (SEP/CNPS), placé sous la tutelle Ministère du genre de la Sécurité Sociale et de la solidarité nationale, est fortement convaincu du rôle des mutuelles et qu'il collabore étroitement avec la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé (PAMUSAB), le Ministère de la Santé va à l'opposé, en subsidiant et en faisant la promotion de la Carte d'Assistance Médicale (CAM). Celle-ci fait une concurrence féroce aux mutuelles car elle est beaucoup moins chère (3000 BIF contre 22500 BIF pour une cotisation aux mutuelles) et accessible à tou-te-s. Ces deux systèmes se confrontent actuellement et les mutuelles de santé peinent à maintenir leurs effectifs même si, dans une situation aussi complexe, le fait même de se maintenir et même de marquer quelques points représente en soi un certain succès.

Les acteurs des mutuelles de santé et du SEP/CNPS sont persuadés que le système de la CAM seul n'est pas viable car il vit aux crochets de l'État qui se rend progressivement compte de son caractère non viable et cherche à la réformer. Une catégorisation devrait être opérée au sein de la population afin que les plus vulnérables et les indigent-e-s puissent être soutenu-e-s par l'État et que les autres couches de la population rentrent dans un système réellement contributif comme celui des mutuelles, au moins pour le secteur rural et informel. La PAMUSAB a obtenu l'autorisation d'opérer un projet pilote de catégorisation dans une commune afin de tenter d'en démontrer concrètement les avantages et enjeux, mais le démarrage se heurte à des procédures administratives très complexes et difficiles à expliquer.

Au Burundi, Solsoc appuie depuis 2008 la mise en place et la structuration de mutuelles de santé communautaires dans les 5 régions caféicoles du Burundi (les provinces de Cibitoke, Bubanza, Muramvya, Mwaro, Kayanza, Ngozi, Kirundo, Muyinga, Gitega, Karusi, Rutana, Bururi et Makamba), accompagnées par notre partenaire local ADISCO.

Le programme vise la consolidation de ces 27 mutuelles de santé et de 5 Unions de mutuelles de santé membres de la Fédération des Mutuelles de Santé des Caféculteurs du Burundi, soit au total plus ou moins 28.000 bénéficiaires adhérents, et plus particulièrement à travers les résultats suivants :

<b>Résultat 4 :</b> La <b>FEMUSCABU</b> , les unions et les MS sont renforcées et améliorent leurs performances, leur professionnalisme et leur autonomisation. Les femmes et les jeunes y sont intégré-e-s et épanoui-e-s				
<b>Hypothèses :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La catégorisation de la population devient effective et détermine les bénéficiaires de la carte d'assistance médicale.</li> <li>- L'adhésion obligatoire devient effective au cours des 5 ans</li> <li>- La bonne gestion et maîtrise des éventuelles épidémies par l'Etat</li> <li>- Les médicaments restent accessibles (physiquement et financièrement).</li> </ul>				
<b>Acteur(s) impliqué(s) :</b> Solsoc				
<b>Indicateur 1 :</b> Le nombre de nouveaux produits de protection sociale (PS) offerts par la FEMUSCABU au bénéfice de ses membres	1 produit offert : l'adhésion à une mutuelle de santé	Au moins deux produits de PS développés dont un au moins est opérationnel	Plus de deux produits développés et opérationnels	Les études de faisabilité - La liste des produits de PS – les outils de promotion des nouveaux produits de PS - témoignages et visites
<b>Indicateur 2 :</b>	Actuellement 3	Au moins 10	Toutes les formations	Les contrats signés –

L'amélioration de la qualité des prestations offertes à la population par les formations sanitaires qui contractualisent avec la FEMUSCABU	formations sanitaires ont contractualisé pour l'amélioration de la qualité des soins	formations sanitaires signataires du contrat pour l'amélioration de la qualité des soins ont une évaluation positive	sanitaires signataires du contrat pour l'amélioration de la qualité des soins ont une évaluation positive	les enquêtes sur la satisfaction des mutuellistes et sur la qualité des prestations – le taux de fréquentations des formations sanitaires qui ont contractualisé
<b>Indicateur 3</b> : Taux de pénétration (cible réelle) moyen des mutuelles accompagnées par le programme	4,2% de la cible réelle	6%	7,5%	Logiciel de gestion des mutuelles de santé - Outils de gestion des mutuelles de santé - Rapports (Journaux de suivi)
<b>Indicateur 4</b> : La professionnalisation, l'harmonisation et l'informatisation des systèmes mutuellistes	Chaque opérateur de MS à son système de gestion. Les outils sont en cours d'harmonisation. Un logiciel déjà fonctionnel à la FEMUSCABU devra être adapté et partagé	Les outils sont harmonisés, le logiciel est adapté, les opérateurs mutuellistes sont formés pour sa mise en application	Une base de données opérationnalise l'intermutualité est fonctionnelle	Les outils de gestion et les comptes des MS
<b>Indicateur 5</b> : la structuration des unions des MS alignée sur la pyramide sanitaire	Il n'y a pas de structuration de MS commune. Chaque opérateur ayant sa propre logique	Au moins 6 Unions de MS communales sont en place	La structuration des unions de MS existantes est alignée sur la pyramide sanitaire	Les documents des districts sanitaires et des formations sanitaires

Fin 2021, le programme a aussi pour objectif que la Plateforme des mutuelles de santé du Burundi (PAMUSAB) et les réseaux des mutuelles qui en sont membres soient renforcés, et plus spécifiquement :

<b>Résultat 3 : La PAMUSAB et les réseaux des mutuelles qui en sont membres sont renforcés et influencent les politiques de protection sociale et de santé et la qualité des soins de santé.</b>				
<b>Hypothèses :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les pouvoirs publics déterminent définitivement l'institution étatique qui porte la protection sociale et est de ce fait l'interlocutrice de la PAMUSAB.</li> <li>- L'assurance maladie universelle (AMU) adoptée par le gouvernement Burundais et mise en œuvre intègre les mutuelles de santé et favorise leur développement.</li> <li>- L'informatisation à l'intérieure du pays est fonctionnelle (approvisionnement en électricité et stabilité du courant, techniciens accessibles, accès à une connexion, ....)</li> </ul>				
<b>Acteur(s) impliqué(s) : Solsoc</b>				
<b>Indicateur 1 :</b> Le nombre d'Unions de MS (communales et de districts sanitaires) qui utilisent le système de gestion professionnelle et informatisé qui implique l'harmonisation, la conception d'outils de gestion commune et l'informatisation	L'harmonisation est en cours. Le logiciel existant sera adapté après sa finalisation.	Au moins 10 unions de MS (communales et de districts sanitaires) sont informatisées	La fédération nationale et plus de 20 unions (communales et de districts sanitaires) sont informatisées	Visites des sièges des Unions - Les outils de gestion, les logiciels de gestion et les documents informatisés produits- Les statistiques des MS qui montrent l'augmentation des adhésions.
<b>Indicateur 2 :</b> Le nombre de nouvelles décisions politiques en lien avec la protection sociale et la santé prises sous l'influence des actions de la PAMUSAB	0	Annuellement, au moins 1 décision politique est prise en faveur des MS et une mesure pour améliorer la qualité de l'offre de soin et de services	L'AMU tenant compte des MS est mise en place et plus de 2 mesures pour améliorer la qualité de l'offre de soins et de services	Les documents de plaidoyer de la PAMUSAB - Les listes de présence et les PV des instances qui traitent de la protection sociale - Les enquêtes de satisfaction des mutuellistes
<b>Indicateur 3 :</b> La structuration de faitières de mutuelles (professionnelles et reconnues) mises en place aux différents niveaux (commune, district sanitaire) composées de mutuelles accompagnées par tous les membres de la PAMUSAB	L'harmonisation entre les acteurs mutuellistes est acquise	Moins de 8 unions constituées au niveau des districts de santé	Plus de 15 unions constituées au niveau des districts de santé et une Fédération Nationale	Les documents de gestion des MS et leurs bilans qui montrent leur viabilité - Les statuts des Unions, de la Fédération Nationale et de la PAMUSAB.
<b>Indicateur 4 :</b> Nombre de nouvelles pratiques mises en œuvre par la PAMUSAB qui témoignent de la plus-value apportée par l'organisation d'un atelier thématique ou d'une formation certifiante menée dans le cadre de la synergie MasMut.	0	2	3	Rapports des ateliers et / ou formations  Supports de présentation des analyses et expériences

Au-delà des cadres nationaux, une plateforme régionale a été créée en décembre 2018 à l'initiative de la PAMUSAB : il s'agit de la Plateforme des Acteurs Mutualistes d'Afrique Centrale (PAMAC), regroupant les plateformes et fédérations nationales mutualistes du

Burundi, de la RD Congo, du Tchad et du Cameroun et qui commence à devenir opérationnelle.

## 2. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'objectif général de l'évaluation est de déterminer les conditions à remplir et les stratégies à adopter par les mutuelles de santé accompagnées par Solsoc d'un point de vue de leur institutionnalisation, leur gouvernance, leur gestion, leur professionnalisation et leur passage à l'échelle, pour qu'elles soient en capacité de participer à la réalisation de la couverture santé universelle.

## 3. QUESTIONS D'EVALUATION

**Question 1 :** Dans une approche de gestion des risques, quelles sont les raisons qui poussent certaines personnes à adhérer aux mutuelles de santé et quelles sont causes actuelles à l'origine de l'arrêt d'adhésion ou de l'absence d'adhésion ? Ces relations de cause à effet sont-elles d'origine ancienne, récente, structurelles ou conjoncturelles ?

**Question 2 :** Quel est le poids d'influence du contexte externe dans l'émergence et le développement des mutuelles de santé au Burundi et en RD Congo ? Quelle est la sphère d'influence des partenaires de Solsoc et les plateformes dont ils sont membres sur le contexte externe ? Quelles sont les pistes et les leviers conduisant à une influence accrue sur le contexte externe ?

**Question 3 :** Est-ce que les stratégies actuellement mises en œuvre par Solsoc et ses partenaires pour contribuer à pérenniser les mutuelles de santé (stratégies d'appui, budget, compétences, acteurs, autonomisation, adhésion à des plateformes, actions vis-à-vis de l'offre de soins, plaidoyer, etc.) sont efficaces pour atteindre à moyen terme les résultats visés (les changements décrits dans l'incidence) ?

**Question 4 :** Le rapport final du programme MASMUT 2014-2016 donnait dans ses perspectives une quinzaine d'axes de travail pour renforcer les acteurs mutuellistes et les autorités nationales, quels sont les axes qui restent prioritaires actuellement pour renforcer les plateformes nationales et leurs membres dans leur travail d'harmonisation des pratiques et de plaidoyer politique ?

## 4. LES UTILISATEURS DE L'EVALUATION

En RDC, Solsoc soutient le CENADEP et le CRAFOP dans la mise en place et l'accompagnement des mutuelles de santé

Au Burundi, Solsoc soutient la PAMUSAB et ADISCO, qui elle-même accompagne la FEMUSCABU.

Ce sont ces organisations qui identifient, réalisent, adaptent et évaluent les activités.

Le personnel de Solsoc les soutient dans cette tâche, leur transfère des informations, favorise leur participation à des formations, colloques et rencontres, les mets en contact avec certaines expertises. L'évaluation externe doit fournir des recommandations qui peuvent servir à toutes ces organisations. Les utilisateur·rice·s sont donc :

1. Les chargé-e-s de partenariat de Solsoc et plus spécifiquement ceux-elles de la RD Congo et du Burundi qui utiliseront les résultats de l'évaluation pour améliorer la qualité du programme et des programmes suivants.
2. Les "bénéficiaires" ou bénéficiaires finaux, c'est-à-dire les organisations partenaires et leurs équipes et plus spécifiquement les membres en charge de l'accompagnement des Mutuelles de santé.
3. Les membres de la POMUCO (en RDC) et de la PAMUSAB (au Burundi).

En outre, Solsoc se chargera de la communication externe des résultats de l'évaluation et le rapport d'évaluation sera diffusé sur les sites web respectifs, conformément aux obligations légales.

## 5. LA METHODOLOGIE

L'évaluation se déroulera dans deux cadres opérationnels distincts: la République Démocratique du Congo et le Burundi

L'évaluateur-riche doit effectuer l'évaluation aussi minutieusement que possible afin de produire des informations et de formuler des recommandations suffisamment valables et fiables en se basant sur les données et l'analyse.

L'évaluateur-riche tiendra compte des recommandations formulées dans des précédentes évaluations. Il-Elle essaiera de voir dans quelle mesure elles ont été prises en compte et dans le cas contraire, cherchera à connaître les obstacles à la mise en œuvre ou à l'atteinte du résultat.

L'évaluateur-riche réalisera les étapes suivantes :

1. Étude documentaire sur l'information relevante des documents disponibles (rapports au bailleur, rapports de mission des chargé-e-s de partenariat, données des mutuelles, documents produits par les partenaires)
2. Entretien avec l'équipe de Solsoc
3. Visite de terrain : L'évaluateur-riche se rendra en RDC et au Burundi pour effectuer l'évaluation. L'évaluateur-riche, en collaboration avec Solsoc et les partenaires, sélectionnera les personnes clés pertinentes pour mener à bien l'évaluation :
  - Entretiens avec les différents acteurs du programme : les équipes des partenaires, les bénéficiaires directs, les autorités locales et institutionnelles, les professionnel-le-s de la santé, les membres des plateformes
  - Visites choisies de façon aléatoire ou sélectionnées pour leurs spécificités
  - Entretiens menés en RD Congo (Province de l'Equateur et Kinshasa) et au Burundi auprès de personnes appartenant à trois catégories : membres actuel-le-s, ancien-ne-s membres et non membres.

Pour chaque visite sur le terrain, l'évaluateur-riche externe réalisera une présentation de la conception et des objectifs de l'évaluation aux organisations partenaires impliquées. L'évaluateur-riche organisera deux ateliers de réflexion/validation des constats et hypothèses



avec les principales parties prenantes un à la fin de chaque visite sur le terrain et un à la fin de la mission et un atelier de restitution à Bruxelles.

L'évaluateur-riche emploiera tant que possible une méthodologie très participative favorisant la réflexion et l'apprentissage de Solsoc et de ses partenaires.

Les sources d'information suivantes sont déjà disponibles :

1. Les deux rapports d'évaluation de la LONALO (2016 et 2017)
2. Le document de programme RD Congo et Burundi ;
3. Les journaux de suivi des partenaires 2017 et 2018 ;
4. Les rapports annuels DGD 2017 et 2018 ;
5. Les rapports de missions 2017 et 2018 ;

Pour la collecte de données supplémentaires, Solsoc privilégie des entretiens semi-structurés et des ateliers en présence des partenaires du Sud.

Solsoc laisse l'évaluateur-riche libre de faire des propositions/ajustements méthodologiques conformes à l'objectif de l'évaluation.

## **6. ROLES ET RESPONSABILITES**

Un comité de pilotage est mis en place pour assurer le suivi, encadrer l'évaluation et veiller à la qualité de l'évaluation. Le comité de pilotage est composé des chargées de partenariat de la République Démocratique du Congo et du Burundi, du responsable thématique mutuelle de santé à Solsoc et d'une experte externe membre du CODAC. Il sera en contact direct avec l'évaluateur-riche pendant tout le processus de l'évaluation externe ; ceci afin de résoudre rapidement et efficacement les problèmes identifiés et de ne pas compromettre la qualité de l'évaluation. Le comité est responsable de :

- La préparation des termes de référence ;
- L'orientation et la réflexion pendant le processus de l'évaluation ;
- La restitution de l'évaluation externe au sein des organisations propres.

Le comité nomme un·e coordinateur-riche/personne-contact qui assure une bonne communication avec le reste du comité et l'évaluateur-riche.

Chaque chargée de partenariat sera responsable de l'encadrement de l'évaluateur-riche par son/ses partenaires pendant les visites sur le terrain.

Le comité de pilotage veillera à ce que ces termes de référence soient validés par les stakeholders concernés - tant en Belgique qu'en République Démocratique du Congo et au Burundi.

Le Comité de pilotage, lui-même, établit le lien avec la direction des trois organisations.

## **7. LES EXIGENCES DES PRODUITS DE L'EVALUATION**

Les produits attendus dans le cadre de cette évaluation seront rédigés en français et sont les suivants:

**7.1. Avant le départ sur le terrain, une note présentant le travail prévu sur le terrain,** y incluses les questions de l'enquête ainsi que la méthodologie de l'évaluation et des séances de restitutions dans chacun des pays.

**7.2. Après le retour de terrain, le rapport d'évaluation :**

- 1) Un rapport provisoire synthétique (30 pages maximum) qui fera l'objet d'une restitution à Bruxelles. Ce rapport d'évaluation comprendra :
  - une partie principale qui traitera des questions suivantes :
    - o Le sujet : le rapport clarifie ce que l'évaluateur·rice doit analyser ;
    - o Le contexte : le rapport situe l'objet dans le contexte et analyse ce contexte tel qu'il apparaît à l'évaluateur·rice ;
    - o La vision du changement : le rapport précise comment, selon l'évaluateur·rice, le programme voulait contribuer au changement, quelle était sa logique d'intervention et les hypothèses sous-jacentes ;
    - o Un cadre d'évaluation clair : le rapport d'évaluation précise les questions d'évaluation retenues et les cadres de référence, concepts et critères utilisés par l'évaluateur·rice pour arriver à ses réponses et conclusions finales ;
    - o Les données et la méthodologie : le rapport explique comment les données ont été vérifiées et comment les différentes sources et méthodes ont été utilisées pour collecter les informations ;
    - o Analyses et recommandations : Sur base de l'analyse des données, l'évaluateur·rice formule des recommandations ;
    - o Les conclusions et les leçons apprises : les conclusions de l'évaluation découlent logiquement des constatations de l'évaluateur·rice et de son analyse des données recueillies. Les données ne doivent pas seulement être décrites.
  - un corps d'annexes qui reprendra les informations, les tableaux et données factuelles nécessaires à une meilleure compréhension de l'information développée dans le rapport principal,
  - la liste des personnes consultées, les instruments utilisés pour la collecte des données, la liste des sources (de vérification) consultées devraient être ajoutées au rapport d'évaluation.
- 2) Un rapport final qui intégrera les remarques faites lors de la restitution.
- 3) Une synthèse (10 pages maximum) qui comportera un état des lieux, les principaux constats ou conclusions majeures.

**7.3. Autres produits ?**

Pour chacun des pays :

- Un plan opérationnel détaillé prenant en compte les recommandations. Ce plan doit être partageable et diffusable.
- Une théorie du changement (ToC) de la façon dont on pense que les processus de changement pourraient se dérouler et comment ils devraient être accompagné par les partenaires et Solsoc. En tant que « feuille de route », elle intègre les recommandations.

**7.4. Restitution :**

La présentation du rapport provisoire sera faite au cours d'une séance de travail (restitution participative) et intégrera l'appropriation du plan opérationnel.

## 8. CALENDRIER

ÉTAPES	QUOI	QUAND
Mise en œuvre et accompagnement	Envoi pour demande approbation DGD	2 juillet 2019
	Publication de l'annonce	Pour le 30 juillet 2019
	Clôture de l'envoi des offre	Le 30 aout 2019
	Sélection du-de la consultant-e	Au cours de la 1 <sup>ère</sup> semaine du mois de septembre
	Rencontre et briefing avec le consultant	Au cours de la 1 <sup>ère</sup> quinzaine de septembre 2019
	Envoi des documents aux consultant-e-s	Au cours de la 1 <sup>ère</sup> quinzaine d'octobre 2019
	Affinage de la méthodologie/ check évaluabilité / définition d'un plan d'action avec le-la consultant-e	Au cours de la 2 <sup>ème</sup> quinzaine de septembre 2019
	Mise en œuvre de l'évaluation : - Consultation des documents et rédaction note de cadrage : 2/3 jours par pays - Réunion de cadrage : 1 jour pour les deux pays - Mission et restitution sur le terrain: 10 à 15 jours par pays - Rapport provisoire: 3/4 jours par pays. - Réunion de restitution sur la base du rapport provisoire: 1 jour pour les deux pays - Rapport final: 2 jour	Entre le 15 octobre et le 20 novembre 2019
	Présentation premiers résultats aux partenaires Sud à la fin de la mission du-de la consultant-e	En fin de mission de terrain dans chaque pays
	Premier draft évaluation disponible et atelier de restitution	Avant le 10 décembre
	1 <sup>ère</sup> analyse du draft	Entre le 10 et le 20 décembre
Envoi des remarques aux évaluateur-ric-e-s	Au plus tard le 20 décembre 2019	
Usage des résultats de l'évaluation	Version finale de l'évaluation prête	15 janvier 2020
	Rédaction + envoi de la MGR	Février-Mars 2020
	Publication évaluation + MGR sur sites web	Mars 2020

## 9. BUDGET

Pour cette évaluation il est prévu une quarantaine de jours et un montant total maximum de 40 000 € toutes dépenses incluses.

## 10. PROFIL DE L'ÉVALUATEUR·RICE

L'expertise suivante est attendue des évaluateur·rice·s :

- Une expertise dans les programmes de coopération au développement (évaluations de programmes) et expertise dans les évaluations thématiques/sectorielles.
- Une connaissance des stratégies de partenariats.
- Une expertise dans les programmes de mise en place et accompagnement de mutuelles de santé et des questions liées au financement des programmes d'accès à la santé et des politiques de protection sociale en Afrique,
- Une connaissance et expérience des évaluations avec des méthodologies participatives.
- Une bonne connaissance théorique et pratique de l'outil « Théorie de Changement ».
- Une bonne connaissance de la situation politique et socio-économique de la RD Congo et du Burundi, ou être prêt·e à s'informer à leur sujet.
- Une compréhension et un respect des questions d'éthique dans la recherche et les évaluations.

Une équipe d'évaluation peut être proposée. Dans ce cas, il faudra indiquer une personne responsable de la coordination de l'évaluation et la manière dont les tâches et les jours de travail seront répartis.

## 11. CRITERES DE SELECTION DES OFFRES

Réponses aux termes de référence	Pondération 50 %
Interprétation correcte des termes de référence	15 %
Qualité de la proposition méthodologique	15 %
Réalisme du calendrier proposé	5 %
Adéquation entre les propositions et les attentes de l'évaluation	15 %
Qualification de l'évaluateur·rice	Pondération 30 %
Niveau d'expérience suffisant en évaluation	5 %
Niveau de connaissance suffisant du contexte de la coopération belge au développement	5 %
Niveau de connaissance suffisant du contexte de l'évaluation (pays, secteur, thématique, type de PGM...)	5 %
Qualité de rédaction de la proposition (style et vocabulaire clair / accessible)	5 %
Niveau de compétences linguistiques demandées	5 %
Niveau d'indépendance du·de la candidat·e par rapport aux organisations concernées par l'évaluation	5 %
Budget détaillé	Pondération 20 %
Respect de la limite budgétaire et tarif journalier conforme à la pratique	10 %
Qualité du budget (Budget comprenant <b>toutes</b> les dépenses à prévoir et	10 %

suffisamment détaillé)	
------------------------	--

## 12. EXIGENCES DE L'APPEL D'OFFRES

Les offres doivent être envoyées par courrier électronique à l'attention de Stéphanie LECHARLIER et Sylvie DEMEESTER

Courriel : [slecharlier@solsoc.be](mailto:slecharlier@solsoc.be) et [sdemeester@solsoc.be](mailto:sdemeester@solsoc.be)

Les offres seront acceptées jusqu'au 30 août 2019.

L'offre comprend :

- La compréhension des termes de référence par le·la (les) soumissionnaires
- Une présentation de la méthodologie proposée, faisant clairement le lien avec les questions d'évaluation
- La manière dont l'approche participative et apprenante sera mise en œuvre
- Un budget détaillé
- Un calendrier détaillé

L'offre doit être rédigée en français et doit comprendre 10 pages maximum.