



**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE CANCER**

TERMES DE REFERENCE
ETUDE PREALABLE POUR L'ACCOMPAGNEMENT AU PASSAGE A
L'ECHELLE DU PROJET CCU DE MDM



I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Médecins du Monde (MdM) développe depuis 2020 en Côte d'Ivoire deux projets de prévention, dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses (LPC) du col de l'utérus (CCU), dans les districts sanitaires d'Abobo Est et Abobo Ouest (contexte semi-urbain), et depuis 2024 dans le District Sanitaire de San Pedro (contexte rural et semi-urbain). Ces projets ont permis de prouver l'efficacité de 4 innovations majeures et de les institutionnaliser par son intégration dans les normes & directives nationales :

- La combinaison d'une approche organisée en communauté pour la population générale et les travailleuses du sexe (TdS) et d'une approche opportuniste en centre de santé, pour les femmes vivant avec le VIH, puis élargie à toutes les femmes. D'une part, le dépistage organisé en communauté est mené grâce à des campagnes de santé communautaire dans les aires sanitaires d'intervention, assurées par les agents de santé communautaire (ASC), ciblant les femmes en population générale et les travailleuses du sexe (TdS) de 30 à 49 ans, selon les recommandations de l'OMS. Il fait suite à un dénombrement populationnel pour s'assurer que toutes les femmes éligibles de la zone géographique soient prises en compte et que personne ne soit laissé pour compte (no one left behind). D'autre part, un dépistage opportuniste est organisé concomitamment dans les centres de santé par les conseillères cliniques qui accompagnent les femmes vivant avec le VIH (FVVIH) (25 à 49 ans) dans le suivi de leur traitement ;
- La valorisation de l'auto-prélèvement vaginal effectué par les femmes elles-mêmes à domicile comme alternative au prélèvement réalisé par un.e agent de santé dans une structure sanitaire, permettant ainsi d'augmenter la couverture de dépistage et également d'accroître les connaissances des femmes et leur pouvoir d'agir sur leur corps et leur santé ;
- Un algorithme de dépistage, recommandé par l'OMS, basé sur le dépistage HPV avec sérotypage (plus sensible et performant), puis triage via l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) pour les patientes ayant un test HPV+. Cet algorithme a prouvé sa pertinence et a été intégré aux normes et directives nationales en Côte d'Ivoire ;
- Le traitement des LPC par thermo-coagulation, comme alternative à la cryothérapie (plus onéreuse, difficile d'utilisation et demandant davantage de logistique). Un système de référencement est mis en place afin d'orienter les patientes nécessitant une Résection à l'Anse Diathermique (RAD), un traitement chirurgical, une chimiothérapie et/ou une radiothérapie, selon l'algorithme de dépistage & prise en charge.

Fort de ces expériences et des résultats probants – réduction significative du taux de pertues de vue, taux satisfaisant de complétude du dépistage et de la PEC, forte adhésion à l'auto-prélèvement, entre autres – Médecins du Monde propose des procédures opérationnelles stratégiques nécessaires pour l'accompagnement des Etats, à travers les programmes nationaux de lutte contre le cancer, vers le passage à échelle de l'élimination du CCU.

C'est pourquoi cette étude préalable est programmée afin de diffuser les leçons apprises et les enseignements issus de la mise en œuvre des projets pour faciliter le passage à échelle du dépistage et la prise en charge du CCU à un niveau national. La mise à l'échelle est entendue ici comme le processus défini par l'OMS en 2011 : "des efforts délibérés pour

renforcer l'impact d'innovations sanitaires testées avec succès afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes et d'encourager la formulation de politiques et de programmes sur une base durable".

En parallèle de cette étude préalable à l'accompagnement pour le passage à l'échelle du projet CCU de MdM, une équipe de chercheur est déjà mobilisée sur une recherche "modeling mathématique". Cette recherche axée sur les calculs sur les données sur le cancer et les interventions de dépistage servira à définir quel est le meilleur rapport coût/efficacité pour la mise en place effective d'un passage à l'échelle sur l'ensemble du territoire national. Le modeling mathématique viendra donc compléter le travail de cette étude préalable à l'accompagnement pour le passage à l'échelle du projet CCU de MdM.

II. OBJECTIFS

Objets de l'étude :

1. Objectif général

S'appuyer sur les connaissances et savoir-faire développés dans le cadre du projet CCU à travers les leçons apprises et les enseignements issus de l'expérience afin de fournir les outils, modalités opérationnelles et stratégiques permettant le passage à échelle.

2. Objectifs spécifiques

- Formuler des recommandations opérationnelles et stratégiques pour l'adaptation et la réplication du modèle pilote de dépistage CCU pour préparer la mise à l'échelle nationale
- Proposer des supports (fiches pratiques) pour la mise à l'échelle à travers la proposition d'un modèle répliquable
- Proposer des actions de plaidoyer pour accompagner cette mise à l'échelle
- Proposer des mécanismes de pérennisation et d'intégration dans le système national de santé
- Identifier les mécanismes de suivi-évaluation des données à intégrer dans le SNIS, issues du projet pilote sur la base de leur efficacité pour en assurer leur durabilité et adaptation continue
- Identifier à partir de l'expérience du projet pilote les coûts et la mobilisation des ressources indispensables à cette mise à l'échelle nationale
- Proposer un modèle ou une stratégie de mise à l'échelle sur la base de l'expérience de ce projet pilote

III. CIBLES

Les productions de cette étude sont destinées :

- **Aux autorités nationales**, afin de favoriser la mise à échelle du dépistage CCU et la PEC des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Les Programmes Nationaux de Lutte contre le Cancer, (PNLCA) ayant exprimé la volonté de répliquer l'approche du dépistage organisé en communauté. Cette étude permettra d'avoir les outils et les mécanismes nécessaires pour le passage à échelle.

D'autres acteurs comme les programmes de lutte contre le VIH SIDA (PNLS) pourraient s'inspirer de l'expérience acquise pour développer et adapter leurs programmes de dépistage du CCU.

- **Aux bailleurs et aux partenaires nationaux (les OSC) et internationaux** pour une large diffusion et une appropriation de l'approche par d'autres acteurs. Également pour des appuis techniques et financiers.
-
- **A MdM**, dans le cadre d'autres initiatives opérationnelles

IV. APPROCHE METHODOLOGIQUE

1. Pilotage et animation

- Consultance externe

Ce projet d'étude sera conduit par une consultance externe qui sera en charge de sa réalisation. Elle aura pour rôle et responsabilité de structurer la démarche ainsi que de susciter, collecter, compiler et analyser les contributions des différentes parties prenantes et produire les livrables finaux.

- Comité de suivi

Le comité de suivi aura la charge d'animer le processus d'étude. Ses rôles et responsabilités seront de coordonner les différents acteurs et parties prenantes, insuffler une dynamique interne autour de la démarche, d'accompagner l'étude « au quotidien » et d'assurer la mise en œuvre des différentes activités prévues. Le Comité de suivi se réunit à minima une fois par mois afin de faire le point sur le processus, guider l'action des différentes personnes impliquées en première ligne, réagir aux différentes productions du/de la consultant.e et réorienter ou affiner la démarche si nécessaire. La fréquence des rencontres pourra être augmentée au besoin. Les membres du comité de suivi seront sélectionnés une fois l'étude commencée.

- Comité de pilotage

Le comité de pilotage aura en charge la gouvernance de l'étude. Ses rôles et responsabilités seront de valider les étapes clefs (objectifs de l'étude, TdR, choix de la consultance, commentaire et validation du rapport final, etc.), ainsi que de porter les apprentissages en interne (porter et diffuser des produits de l'étude, s'assurer de la mise en œuvre des recommandations, etc.).

Les membres du comité de pilotage sont (à titre indicatif, cette liste pouvant être réduite en fonction des disponibilités de chacun.e):

- DGS
- Un représentant du PNLCa
- Un représentant du PNLS
- Un représentant du EF
- Un représentant du PNLT
- Un représentant du DPMS
- Un représentant de la NPSP
- Le référent santé du siège
- Le référent études du siège
- La Coordinatrice Générale Adjointe MdM Côte d'Ivoire
- La Coordinatrice médicale de MdM

A noter qu'une réunion de cadrage avec sera organisée dès le recrutement du/de la consultant.e. Basée sur la note de cadrage proposée par ce/cette dernier.e, la réunion de cadrage permettra de préciser les objectifs, les activités, les livrables attendus, le chronogramme précis de l'étude ainsi que les modalités de suivi par le comité de pilotage.

2. Activités prévues

1. •Revue documentaire Collecter et analyser les documents du projet actuel (rapports, protocoles, outils de suivi, manuels de formation, résultats d'évaluation, etc.)
 - Rechercher les politiques nationales et internationales en matière de prévention et de traitement du cancer du col de l'utérus
 - Étudier les expériences comparables de mise à échelle dans des contextes similaires
2. Analyse du contexte Cartographier les parties prenantes (acteurs gouvernementaux, ONG, prestataires de santé, partenaires techniques et financiers, communautés)
 - Identifier les contraintes systémiques, logistiques, financières, culturelles et politiques
 - Évaluer la disponibilité des ressources humaines, techniques et financières pour un passage à l'échelle
3. Évaluation du modèle actuel
 - Identifier les composantes du projet actuel qui fonctionnent bien et celles qui nécessitent des ajustements
 - Mesurer les résultats atteints en matière de couverture, d'impact et de durabilité
 - Analyser les coûts actuels et estimer les coûts d'un passage à l'échelle
4. Consultation des parties prenantes (identification des freins, levier, bonnes pratiques,...)
Organiser des entretiens semi-directifs avec :
 - Équipes CCU MdM
 - Ministères de la santé / directions régionales
 - Professionnels de santé
 - Représentants communautaires
 - Eventuels bailleurs
 - Organiser éventuellement des focus groupes ou ateliers participatifs pour valider certaines hypothèses.
5. Définition des scénarios de mise à échelle Élaborer différents scénarios (géographique, partenarial, temporel, etc.)
 - Évaluer les avantages, les risques et la faisabilité de chaque scénario
 - Intégrer les aspects genre, équité, et droits en santé
6. Recommandations stratégiques et opérationnelles
 - Proposer un cadre logique ou une théorie du changement adaptée à la mise à échelle
 - Recommander une feuille de route : étapes, priorités, prérequis, indicateurs clés
 - Développer un système de suivi-évaluation des actions recommandées, incluant des indicateurs clés pour mesurer l'adoption, la mise en œuvre et les effets des pratiques issues de l'étude.
 - Identifier les leviers de plaidoyer, de financement et de renforcement des capacités
7. Restitution et finalisation du rapport Présenter les résultats de l'étude à MdM et aux partenaires clés pour validation
 - Intégrer les retours dans le rapport final
 - Fournir un rapport structuré avec un résumé exécutif, une analyse, des recommandations, et une annexe avec les outils utilisés

V. PRODUCTIONS ATTENDUES

1. Note de cadrage

Une fois le/la consultant.e recruté.e pour réaliser cette étude, il/elle produira une note de cadrage qui sera commentée et validée par le comité de pilotage qui le partagera et discutera avec le comité de suivi pour validation. La note de cadrage finalisée présentera, entre autres, le chronogramme détaillé, les rôles et responsabilités précises des parties prenantes ainsi que la méthodologie proposée par le/la consultant.e et les outils nécessaires à la mise en œuvre de cette méthodologie et à l'atteinte des objectifs de l'étude. Cette note de cadrage servira de guide méthodologique et d'outil de suivi tout au long du processus.

2. Résultats préliminaires

Le travail du/de la consultant.e sera matérialisé par la production d'une « boîte à outils » et le partage des drafts préliminaires d'un rapport de mission décrivant en détail l'état d'avancement du processus (activités réalisées, les difficultés rencontrées et perspectives). Le comité de pilotage, et si indispensable dans un second temps le comité de suivi, analysera le rapport afin de réorienter ou ajuster si nécessaire la note de cadrage.

3. Rapport final

Un rapport est attendu à l'issue de l'étude. La version provisoire du rapport final sera produite par le/la consultant.e à l'issue du processus, le comité de pilotage disposera ensuite de 3 semaines à compter de la réception du rapport final provisoire pour émettre ses commentaires et observations, en concertation avec le comité de suivi. Le rapport final sera publié en Français.

Le rapport final devra comporter les éléments suivant:

Le rapport d'étude reviendra sur l'ensemble de l'expérience du projet CCU et formalisera la démarche prospective de sa mise à l'échelle. Il doit intégrer les commentaires/remarques/échanges/discussions du comité de pilotage. Le texte principal du rapport d'étude, en format Word, doit comprendre entre 40 et 50 pages (sans compter les annexes), caractère 12 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

- Résumé exécutif (5 pages maximum)
- Introduction
- Liste des acronymes
- Contexte (description du projet)
- Objectifs de l'étude
- Méthodologie et limites
- Principaux résultats
- Contraintes ayant un impact sur le projet
- Analyse et leçons apprises (positives et négatives) -
- Modèle d'intervention pour une mise à échelle -
- Annexes : TdR, liste des personnes rencontrées et calendrier, questionnaires, guides d'entretiens, guides d'observation ; etc.

4. Référentiel « boîte à outils » -

Une « boîte à outils » sous forme d'un référentiel opérationnel et transférable qui compilera une description et/ou les supports des différents outils et dispositifs mis en œuvre durant les activités propres à la prévention, le dépistage et la prise en charge des LPC du CCU. C'est aussi un guide pratique de suivi-évaluation des interventions CCU, basé sur les expériences et outils développés dans le projet. Au-delà de la boîte à outils en elle-même, le/la consultant.e devra anticiper et proposer des modes d'accessibilité et de diffusion des différents items qui constituent la boîte à outils.

5. Autres

Sur la base des rapports finaux, un atelier de restitution et de partage final est à prévoir afin de s'assurer de la diffusion des productions et de leur appropriation par les différentes parties prenantes. Les différents partenaires et parties prenantes devront participer activement à la valorisation et au partage des produits de l'étude. Les modalités et temporalités précises de cet atelier sont à préciser dans la note de cadrage.

VI. ORGANISATION DE LA MISSION

1. Composition de l'équipe de consultance externe

L'équipe de consultance externe peut être constituée d'une ou plusieurs personnes : les membres et leurs profils, rôles et responsabilités seront détaillés dans la proposition technique soumise lors de l'appel d'offre.

2. Planning / chronogramme envisagé

Activités	Délais	Commentaires
Collecte d'information, lecture, imprégnation bibliographique	Septembre 2025	
Définition du chronogramme précis Distribution des tâches Précisions des modalités d'échanges	Septembre 2025	
Phase de mise en œuvre	Octobre/novembre 2025	
Phase de rédaction des livrables	Novembre/décembre 2025	
Livraison des rapports finaux MdM	10 décembre 2025	
Mission finale de restitution et clôture	Décembre 2025	

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

3. Pilotage et reporting / points d'étape

Le comité de pilotage se réunira lors de la réunion de cadrage en début de processus ainsi qu'après chaque mission. Cette réunion sera l'occasion de faire le point et de réorienter le cas échéant les prochaines missions.

4. Organisation logistique et administrative

La personne recrutée sera autonome dans ses déplacements vers le lieu de travail. Les déplacements pour les rencontres avec les partenaires pourront être facilité par MdM. MdM fournira aide et assistance pour les prises de rendez-vous et aspects logistiques liés aux rendez-vous. Des bureaux seront mis à disposition chaque fois que ça sera nécessaire afin d'assurer les différentes rencontres avec les partenaires et le comité de suivi.

- Sécurité

Pour les visites sur le terrain (en communauté, dans les centres de santé, et chez les partenaires) la personne recrutée pourra être accompagnée par un membre du staff MdM lors de ses déplacements sur le terrain. La personne recrutée devra, pendant ses heures de travail

au sein des locaux de MdM, se soumettre aux règles de sécurité de la mission MdM en RCI. Un briefing sécurité sera organisé en début de mission.

VII. BUDGET

Le budget total disponible pour cette capitalisation est de 40.000 euros TTC maximum, tous frais compris dont imprévus (maximum 5%), frais de rémunération de l'équipe de consultance (honoraires et Per diem) et tous autres frais liés à la mise en œuvre de l'étude.

Budget simplifié pour la réalisation de la capitalisation

Désignation	Total EUR		
Honoraires Frais de déplacement	20000		
Réunions/Atelier	5000		
Production	10000		
<i>Atelier de présentation des résultats</i>	<i>5000</i>		
TOTAL TTC	40000		

VIII. COMPETENCES REQUISES POUR MENER LA MISSION

La personne en charge de cette étude devra être en mesure de présenter des garanties suffisantes de disponibilités pour les missions dans le pays pendant tout le processus. Elle devra en outre disposer du temps nécessaire à la réalisation des activités.

Les compétences requises :

- Connaissance et expérience professionnelles en matière d'évaluation/capitalisation
- Compétences en suivi-évaluation participatif et en développement de cadres logiques et d'indicateurs de performance
- Expérience avérée dans la réalisation ou l'accompagnement d'un processus de mise à l'échelle nationale d'un projet pilote.
- Expérience professionnelle avec des ONG Internationales
- Connaissance du contexte de travail et du contexte socio culturel Ivoirien ou Ouest Africain
- Grande capacité d'écoute, esprit de synthèse et très bonnes capacités rédactionnelles
- Flexibilité dans les horaires et disponibilité

IX. 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 à l'adresse email : < service.log.rci@medecinsdumonde.net > en précisant en objet du mail « **Etude préalable CCU - RCI** ». 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 éléments suivants :

1. Une **lettre d'intérêt** de maximum trois (3) pages indiquant : expériences de missions semblables, au moins deux (2) références concernant l'exécution de contrats analogues, dates de disponibilité pour mener la consultance, etc.
2. **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 et la disponibilité des membres ainsi que le ou les statuts juridiques des membres constitutifs de l'équipe de consultance et/ou du cabinet 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.
3. **Proposition financière** incluant :
- Le budget total TTC.
 - La répartition budgétaire TTC des postes de dépenses (honoraires, frais de vie, transports, interprète, etc.).
4. **Déclaration sur l'honneur** attestant (de l'absence) de conflit d'intérêt.

La date butoir de réception des dossiers de candidature est le **20/08/2025 à 12h00 CET**.

INSTRUCTIONS AUX SOUMISSIONNAIRES

Pour être autorisé à candidater, les soumissionnaires doivent pouvoir apporter la preuve, à l'appréciation de MdM, qu'ils remplissent les conditions juridiques, techniques et financières requises et qu'ils ont la capacité nécessaire et des ressources suffisantes pour exécuter la mission. Les règles suivantes visent à aider le soumissionnaire pour préparer un document complet répondant aux exigences de MdM.

Contenu de l'offre de services

Le soumissionnaire doit fournir tous les éléments d'information nécessaires et suffisants pour permettre l'évaluation correcte de la proposition technique et budgétaire. Les informations fournies doivent être succinctes et toucher à tous les aspects. Le soumissionnaire doit pouvoir démontrer en quoi il possède les qualifications requises pour réaliser la mission. Le soumissionnaire peut ajouter toute information jugée pertinente.

Critères d'exclusion

MdM exclura de la procédure de passation de marché les soumissionnaires tombant dans n'importe lequel des cas suivants :

- Ils sont en état ou font l'objet d'une procédure de faillite, de liquidation, de règlement judiciaire ou de concordat préventif, de cessation d'activité, ou se trouvent dans toute situation analogue résultant d'une procédure de même nature prévue dans les législations ou réglementations nationales ;
- Ils font l'objet d'une condamnation prononcée par un jugement ayant autorité de chose jugée (c'est-à-dire, contre lequel il n'y a plus de recours possible) pour tout délit affectant leur moralité professionnelle ;
- Ils ont commis une faute professionnelle grave constatée par tout moyen que MdM peut justifier ;
- Ils n'ont pas rempli leurs obligations relatives au paiement des cotisations de sécurité sociale ou leurs obligations relatives au paiement de leurs impôts selon les dispositions légales les concernant ;
- Ils ont fait l'objet d'un jugement ayant autorité de chose jugée pour fraude, corruption, participation à une organisation criminelle ou toute autre activité illégale ;

- À la suite de la procédure de passation d'un autre marché, ils ont été déclarés en défaut grave d'exécution en raison du non-respect de leurs obligations contractuelles.

Les soumissionnaires doivent pouvoir attester par tout moyen approprié qu'ils ne sont pas dans l'une des situations énumérées ci-dessus.

Clauses d'inéligibilité

Les marchés ne sont pas attribués aux soumissionnaires qui, pendant la procédure de passation de marchés :

- se trouvent en situation de conflit d'intérêt ou ont un lien spécifique équivalent avec d'autres soumissionnaires ou d'autres parties au projet ; toute tentative d'un soumissionnaire visant à se procurer des informations confidentielles, à conclure des ententes illicites avec ses concurrents ou à influencer le Comité de pilotage de la capitalisation ou MdM au cours de la procédure d'examen, de clarification, d'évaluation et de comparaison des offres entraînera le rejet de son offre ;
- se sont rendus coupables de fausses déclarations en fournissant les renseignements exigés par MdM pour leur participation au marché ou n'ont pas fourni ces renseignements.

Causes de rejet

MdM et les soumissionnaires observent les normes éthiques les plus élevées pendant la passation de marchés et la réalisation des marchés.

MdM rejette toute proposition formulée par des soumissionnaires, résilie leur marché, s'il est établi qu'ils se sont engagés dans des pratiques de corruption, de fraude, de collusion ou de coercition. Les sanctions administratives ou financières appliquées doivent être proportionnelles à l'importance du marché et à la gravité de la mauvaise conduite.

MdM doit s'assurer de la non-exploitation du travail des enfants et du respect des droits sociaux et des conditions de travail de base par les candidats et les soumissionnaires. Eux-mêmes doivent s'engager à ne pas acheter de biens de la part de fournisseurs exploitant le travail des enfants ou violant les droits sociaux et/ou conditions de travail de base.