**Termes de références pour la réalisation d’une enquête CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) sur les obstacles anthropologiques à l’accès aux soins des victimes et survivant.e.s de VBG dans les wilayas de Nouakchott Sud et Nouakchott Ouest**

1. **INFORMATIONS GENERALES**
   1. **Médicos del Mundo**

Médicos del Mundo – España (MdM) est une association œuvrant au quotidien pour la défense des droits humains à travers une approche du droit universel à la santé et une approche axée sur le genre. Présentes depuis 1991 en Mauritanie, les équipes de Médicos del Mundo collaborent avec des institutions publiques et des organisations de la société civile pour une améliorer la qualité et l’accès aux services de santé.

Depuis 2000, MdM s’est focalisé sur les sujets liés à la santé sexuelle et reproductive à travers différents projets. A partir de 2012, MdM a développé des programmes centrés sur la prévention de la Violence Basée sur le Genre, la protection et la défense de celles/ceux qui en souffrent. Depuis 2017, 6 Unités Spéciales de Prise en Charge des victimes de VBG (USPEC) ont été créés dans des différentes régions du pays : à Nouakchott, Nouadhibou, Kaedi, Kiffa et Sélibabi. Pour cela, MDM collabore avec de nombreux partenaires locaux, nationaux, internationaux, associatifs, institutionnels et étatiques, dans le travail de consolidation d’un système de prévention, réponse et protection pour les nombreux enfants et femmes victimes de VBG dans le pays.

* 1. **Projet**

Le projet de « ***Renforcement du continuum de soins en matière de santé sexuelle, génésique et infantile et de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre (VBG)*** », mené par MdM en partenariat avec plusieurs associations de la société civile, permet d'offrir une continuité des actions menées dans les USPEC des hôpitaux du Centre Hospitalier Mère-Enfant, ouvert en 2017, et du Centre Hospitalier de l’Amitié, ouvert en 2021.

Les objectifs du projet sont les suivants :

* Garantir la continuité et la qualité des soins de santé sexuelle et reproductive (au niveau des soins de santé primaires) ;
* Renforcer les services médicaux et psychosociaux pour les survivant.e.s et les victimes de VBG ;
* Consolider et mobiliser les réseaux communautaires pour la promotion de la SSR et la prévention de la VBG ;
* Renforcer la continuité des soins et la coordination en matière de SSR.

1. Contexte de l’étude
   1. Historique

En Mauritanie, l'ampleur de la violence de genre est difficile à mesurer et prend de nombreuses formes, dont la violence sexuelle, les mariages et grossesses forcés ou précoces, et les mutilations génitales féminines (MGF). La violence de genre est systématique et ancrée dans des inégalités structurelles entre les genres, ce qui constitue un obstacle à l'accès à l'éducation des femmes et aux soins de santé. Malgré les progrès réalisés, le système de protection des victimes est encore peu développé et manque de données fiables sur l'ampleur réelle du phénomène. Les bases de données non harmonisées des organisations de la société civile et des brigades de protection des mineurs au niveau de l'État (depuis 2019) sont les seules sources de données, et ne représentent que la partie émergée de l'iceberg.

* 1. Hypothèse

Depuis leur mise en place, les deux USPEC de Nouakchott ont accueillies 2 861 victimes (à fin Décembre 2022), dont 756 en 2022.En 2022, 63 survivant.e.s de violence de genre en moyenne recourent par mois aux 2 USPEC de Nouakchott. 72% d’entre elles sont mineures, accompagnées par leurs parents. Compte-tenu de la population de Nouakchott et des chiffres mondiaux sur les VBG, ce chiffre apparaît très en-deçà du nombre attendu de femmes et enfants victimes de violence de genre qui pourraient bénéficier de la prise en charge délivrée par les USPEC. Quoique seule une étude quantitative populationnelle permettrait de dimensionner un phénomène de non-recours aux soins pour les personnes victimes de ces violences, nous postulons ainsi que le non-recours et/ou le renoncement aux soins est statistiquement majoritaire pour les victimes de VBG.

Pourtant, de nombreux obstacles ont d’ores et déjà été levés pour favoriser l’accès aux USPEC : prise en charge gratuite, ouverture H24 et 7/7, consultations assurées par des professionnelles multilingues et de sexe féminin, banalisation de l’unité au sein des maternités, existence d’un numéro d’urgence par USPEC et d’un numéro vert national, remboursement du prix des transports pour la consultation, présence d’assistantes sociales affiliées aux OSC qui interviennent dans les USPEC au niveau des commissariats, accompagnement des victimes par celles-ci tout au long du parcours de soin, nombreuses campagnes de « vulgarisation » du dispositif (visibilité et communication, mobilisation communautaire, etc.). Nous émettons ainsi l’hypothèse qu’une partie au moins des phénomènes de non-recours, de renoncement et de report des soins procèdent de déterminants liés à une composante socioculturelle relative aux connaissances, aux attitudes et aux comportements, ainsi qu’à des obstacles sociaux et communautaires de la population vis-à-vis du recours aux soins et aux droits en général, et aux représentations de la violence sexo-spécifique en particulier.

En outre, nous supposons qu’une compréhension améliorée de ces obstacles socioculturels, de leur caractérisation nuancée et de leurs causes sous-jacentes, permettrait d’améliorer l’accès aux soins pour les patientes, et la portée de la mobilisation communautaire, davantage centrée sur les besoins de la population tels que perçus par celle-ci.

* 1. Concepts

Renoncement aux soins : *« […] Le renoncement renvoie […] en premier lieu à la question de l’identification du besoin de soins qui déclenche une demande de soins. Pour entrer dans un parcours de soins, il faut en effet pouvoir qualifier un trouble comme symptôme supposant une prise en charge médicale. Or, ce travail de qualification et d’interprétation met en jeu toute la culture du corps des individus : la manière dont le rapport au corps est socialisé, la manière dont la santé est valorisée, la manière de se représenter la maladie, le système de prise en charge, les soins ou le milieu médical sont ici déterminants. Mais il faut aussi donner à ce symptôme une certaine priorité dans les actions à entreprendre pour soi dans une situation de vie spécifique. » Philippe Warin, Catherine Chauveaud. Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. 2014, 104 p. hal-01099989, p.16.*

Non-recours aux soins : *« la notion de non-recours à des soins renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. […] Une personne ne déclare pas renoncer, pourtant du point de vue médical son état de santé nécessite des soins : pas de renoncement mais non-recours » op. cit., p16.*

Report (ajournement) des soins : La prise en charge des victimes de violences sexuelles et des mutilations génitales féminines constitue une urgence médicale, tant les soins médicaux permettent de limiter les conséquences néfastes des violences subies – contraception d’urgence, prévention d’infections sexuellement transmissibles dont le VIH, de complications médicales pour les MGF, collecte de preuves médico-légales, etc. Considérer la problématique du délai d’intervention médicale implique d’investiguer, au-delà du renoncement ou du non recours aux soins, la notion de report des soins qui suppose de graves, voire irréparables conséquences (grossesse liée au viol, par exemple).

1. Objet de l’étude

Afin d’améliorer l’aide fournie aux victimes de VBG, deux enquêtes ont été conduites entre 2022 et 2023 par MdM pour tâcher d’identifier les obstacles à une prise en charge médicale, psychosociale et juridique complète : la première renseignait sur les obstacles rencontrés par les victimes dans leur parcours juridique, tandis que la seconde s’intéressait aux barrières économiques, en dépit de la prise en charge gratuite offerte par les USPEC. Considérant que les barrières socioculturelles sont transversales, et qu'il est nécessaire de les étudier en profondeur afin de pouvoir orienter une intervention socio-sanitaire appropriée, il s’agira ici d’explorer les obstacles et résistances socioculturels, ainsi que les perceptions, attitudes et comportements liés au recours ou non-recours aux soins suite à des VBG. Les résultats de cette enquête devront permettre d’alimenter la réflexion opérationnelle de Médicos del Mundo sur l’offre de services fournie par les USPEC, ainsi que sur leur vulgarisation.

1. Méthodologie
   1. Type d’étude

* Élaboration d'une méthodologie qualitative (entretiens semi-directifs, focus group, etc.) ou mixte quali-quantitative (incluant un questionnaire), laissée à l’appréciation de l’investigateur.ice (à expliciter dans l’offre technique).
* Approche anthropologique et communautaire, en intégrant une approche fondée sur le droit à la santé, le genre et les droits de l'homme (MdM s’inscrivant dans une approche de la santé comme un droit, une approche par les droits sous-tendra également cette étude).
  1. Champs d’investigation

En tant que recherche à caractère anthropologique, cette étude vise à approfondir non seulement les résistances et les défis socioculturels, mais aussi les connaissances, attitudes et comportements investigués, en examinant notamment (les items suivants sont donnés à titre indicatif):

* **Connaissances** : des types de VBG dans le contexte mauritanien et les discours liés à chacune d'entre elles ; du dispositif USPEC ; des risques médicaux et psychologiques liés aux violences sexuelles ; de l’intérêt d’une attention médicale pour faire face aux conséquences ; de l’interaction entre attention médicale et démarche juridique (aspect médico-légal).
* **Attitudes** : Discours et attitudes vis-à-vis du recours aux soins pour les violences basées sur le genre et d’autres problèmes de santé (urgents ou non, spécifiques ou non à la santé sexuelle) ; de la divulgation de violences commises contre soi-même ou un tiers ; niveau de confiance dans la compétence et la bienveillance des entités liées à la justice et la médecine ; perception du risque de stigmatisation, d’une culpabilité / responsabilité imputée à la victime ; déterminants socioculturels et individuels de sentiments d’impuissance, de méfiance explicite, de non-reconnaissance ou non-priorisation, etc.
* **Pratiques** : caractérisation des situations de recours partiel (par ex. judiciaire mais non médical) ou non-recours, de renoncement à des soins (en phase initiale ou en cours de parcours), de report de soins ; qualification des situations ayant donné lieu à un non-recours ; pratiques liées au recours aux soins en général et à la justice en général ; solutions alternatives d’accès à des soins ou des conciliations, existence ou non de pratiques préjudiciables pour répondre à une situation de violence, telles que la grossesse infantile ou les mutilations génitales féminines, etc.

Lieu et population-cible : 3 Wilayas de Nouakchott. Quartier, population et échantillonnage laissés à l’appréciation de l’investigateur.ice (à expliciter dans l’offre technique).

* 1. Livrable

Un rapport d’étude comprenant :

* Une revue de la littérature utilisée ainsi que les références bibliographiques consultées ;
* Un résumé synthétique des principaux résultats de l’étude à visée de communication institutionnelle ;
* Un rapport décrivant la méthodologie employée, reprenant en annexe l'approche et les questionnaires réalisés, les bonnes pratiques liées à l'approche anthropologique, du genre et des droits de l'homme, les analyses réalisées et les résultats obtenus ;
* Dans la mesure du possible, des représentations graphiques pour les principaux résultats de l’étude ainsi que des extraits des entretiens conduits.

Une attention particulière sera portée aux mécanismes de protection tels que définis par Médicos del Mundo :

* Mesures de *safeguarding* conçues pour permettre aux enquêteur.ice.s d’aborder cette thématique sensible tout en préservant l’intégrité des répondants.es ;
* Mesures liées à la protection et à la confidentialité des données récoltées, ainsi qu’à l’anonymat des répondants.es ;
* Modalités de restitution des résultats aux populations consultées ;

En cas de soumission collective, diversité et représentativité des profils des consultants.es.

1. Calendrier de l’étude

La durée de l’étude sera de 3 mois environ, de juillet à septembre 2023 suivant ce calendrier indicatif :

* 1 à 2 semaine pour l’analyse du contexte et préparer la revue documentaire ;
* 2 semaines pour la préparation de la collecte d’information : préparation des questionnaires ou autres outils et formation des enquêteur.ice.s ;
* 4 à 6 semaines pour la collecte d’information ;
* 2 semaines pour l’analyse des données, interprétations et rédaction du rapport intermédiaire ;
* 2 semaines pour la finalisation du rapport d’enquête.

Le calendrier proposé devra impérativement inclure des temps de validation avant la mise en œuvre de chaque étape, et des temps de restitution intermédiaires avec l’équipe de pilotage du projet. Ces temps de validation / restitution pourront inclure des demandes de précisions / révisions à apporter à l’étude en vue de sa validation finale.

1. Mandat du ou de la consultant·e

Le/la consultant·e aura pour tâches principales de :

* Proposer un calendrier de travail respectant la période définie dans les Termes de Références ;
* Développer une méthodologie pertinente pour atteindre les objectifs de l'étude ;
* Organiser et conduire toutes les étapes de l’enquête ;
* Rédiger un rapport provisoire décrivant la méthodologie utilisée, les bonnes pratiques, les résultats détaillés, les analyses, les recommandations, les limites méthodologiques etc. Ce rapport sera présenté pour correction au comité de suivi ;
* Rédiger le rapport final en prenant en compte les corrections et demandes de modification et/ou de compléments effectuées par l’équipe de coordination sur le rapport provisoire ;
* Réaliser un document visuel compilant les principaux résultats. Ce document sera utilisé pour diffuser les résultats dans les réseaux sociaux, les congrès, les conférences.

1. Supervision

* Le/la consultant·e soumettra une structure de travail et une méthodologie à l’appréciation de Médicos del Mundo ;
* Tout au long du processus, le/la consultant·e travaillera en étroite collaboration avec la coordination de Médicos del Mundo à Nouakchott et le comité de suivi de l’étude ;
* Une réunion de cadrage entre le/la consultant·e et la coordination permettra d’harmoniser la compréhension des présents termes de référence et de valider la méthodologie proposée par le/la consultant·e ;
* Le rapport provisoire sera soumis à l’appréciation du comité de suivi dont les observations et commentaires seront pris en compte dans le rapport final.

1. Profils du/de la consultant·e

Le/la consultant·e doit avoir les compétences suivantes :

* Justifier d’un niveau universitaire type master en santé publique, sociologie, anthropologie, ethnologie, droit de la santé, ou dans un autre domaine pertinent ;
* Faire preuve d’une solide expérience dans la méthodologie qualitative de collecte, gestion et analyse des données ;
* Expérience démontrée dans la méthodologie, la conception et la conduite de projets de recherche ;
* Connaissance des approches de genre, anthropologiques, juridiques et/ou participatives ;
* Connaissances sur les problématiques liées aux Violences Basées sur le Genre ;
* Connaissance du contexte mauritanien ;
* Maitriser l’outil informatique (MS Office), avoir des notions en traitement et analyse des données ;
* Faire preuve d’une excellente capacité de rédaction, d’analyse et de synthèse ;
* Excellente maitrise du français parlé et écrit ;
* La maitrise du hassanya et/ou peulh et/ou soninké et/ou wolof serait un atout ;
* Avoir déjà travaillé avec MdM serait un atout ;
* Le/la consultant·e fournira son CV et tout document pertinent attestant de ses compétences, aptitudes et expériences.

1. Présentation des offres

**a. Offre technique** (maximum 15 pages, hors annexes)

* Lettre de motivation
* CV détaillé du/de la consultant·e présentant les références et expériences similaires. En cas de candidature en équipe, CV du.de la chef.fe d’équipe et de chacune des personnes mobilisées pour la conduite de l’étude ;
* Note méthodologique (incluant la bonne compréhension des termes de référence de la mission, du contexte et des enjeux de l’étude, la méthodologie détaillée de conduite de l’étude, une proposition détaillée de planning) ;
* Références détaillées des expériences / recherches en lien avec l’étude proposée. Tout partage de production antérieure illustrant les capacités de conduite de l’étude par les consultant·e·s sera grandement apprécié.

**b. Offre financière** (maximum 2 pages)faisant apparaitre à minima les rubriques suivantes :

* Honoraires
* Transports nationaux
* Hébergement
* Autres dépenses

L’enveloppe financière disponible pour cette étude est de **4920 euros maximum**.

Les offres techniques et financières doivent être soumises en français le 31 mai 2023 à 23:59, heure de Nouakchott, à l’adresse suivante : [selectionrhmedicosdelmundo@gmail.com](mailto:selectionrhmedicosdelmundo@gmail.com)