



Ensemble, sauvons des enfants

## TERMES DE RÉFÉRENCE

### ETUDE PORTANT SUR L'ANALYSE DES BESOINS DES SOINS MATERNO-INFANTILES AU TOGO ET AU BENIN



Septembre 2024

SOMMAIRE

I.	Présentation de La Chaîne de l'Espoir	2
II.	Contexte et justification	3
III.	Objectifs de l'étude	6
IV.	Résultats attendus	6
V.	Livrables attendus	7
VI.	Méthodologie	8
VII.	Calendrier de la mission de consultation	8
VIII.	Profil et compétences recherchés de l'équipe d'évaluation	9
IX.	Dossier de candidature	9
X.	Critères l'évaluation des offres	10
	Comment postuler	11

## I. **Présentation de La Chaîne de l'Espoir<sup>1</sup>**

La Chaîne de l'Espoir est une ONG internationale humanitaire, indépendante, apolitique et non confessionnelle, fondée en 1994 qui intervient actuellement dans 30 pays.

---

<sup>1</sup> <https://www.chainedelespoir.org/fr>

La mission de La Chaîne de l'Espoir est d'améliorer l'accès aux soins médico-chirurgicaux des personnes vulnérables, particulièrement les enfants et les femmes, dans des contextes de fragilité ou de crise en renforçant les systèmes de santé par la formation médico-chirurgicale, le soutien en ingénierie hospitalière et le transfert de nouvelles technologies.

La Chaîne de l'Espoir privilégie une logique d'intervention intégrée dans une chaîne de soins et une action commune avec les équipes locales, visant à leur autonomie. Pour ce faire, les médecins, soignant-e-s et technicien-ne-s bénévoles opèrent et forment aux techniques les plus adaptées aux besoins et contextes. La Chaîne de l'Espoir met en place les moyens structurels nécessaires à la chirurgie, tant matériels (construction hospitalière, équipement) qu'humains (compétences médico-chirurgicales paramédicales, techniques). En amont, elle investit dans la prévention et le dépistage.

## II. Contexte et justification

### O Contexte Togo

Selon le 5<sup>ème</sup> Recensement Général de la population et de l'Habitat (RGPH-5) de novembre 2022 actualisé en 2023, la population togolaise est estimée à 8 095 498 habitant-e-s soit 3 944 510 hommes (48,7%) et 4 150 988 femmes (51,3%).<sup>2</sup> Cette population est très jeune, ainsi la tranche 40,13% à moins de 14 ans et 19,1% a entre 14 et 24 ans<sup>3</sup>.

Ce paysage démographique met en avant l'importance de l'accompagnement des services publics destinés aux plus jeunes, et notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. La Chaîne de l'Espoir met en œuvre au Togo des programmes visant l'amélioration de la santé des enfants et des jeunes, et ceci en milieu scolaire.

Au Togo, les soins de santé sont fournis aux populations dans les structures publiques et privées (qu'elles soient associatives, confessionnelles ou libérales). L'organisation des soins est de type pyramidal et à trois niveaux à savoir, le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central.

- Les soins de premier niveau sont structurés autour de trois échelons à savoir :
  - (i) L'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui est appelé-e à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ;
  - (ii) L'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ;
  - (iii) L'Hôpital de district (HD) qui constitue le premier niveau de référence.
- Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les hôpitaux de région (Centres Hospitaliers Régionaux - CHR) et certaines spécificités régionales.
- Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

Selon le rapport d'évaluation du PNDS 2017 – 2022, la santé de l'enfant a connu une réelle amélioration au cours des dernières années, traduite par la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile. Ces taux sont passés de 49 à 42 décès pour 1000 naissances vivantes de 2014 à 2017 pour la mortalité infantile et de 88 à 71 décès pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infanto-juvénile, au cours de la même période. Pendant cette période la mortalité néonatale est restée stable (27 pour 1000 naissances vivantes) alors qu'elle contribue pour 35% à la mortalité infanto-juvénile.<sup>4</sup>

Cette réduction est due en partie à la mise en place d'un programme « Wezou »<sup>5</sup>, qui est un programme national d'accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né. Depuis son lancement en août 2021 jusqu'à mai 2022, près

---

<sup>2</sup> Institut National de la Statistique et des études économiques et démographiques (INSED), 2023, 5<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5) de Novembre 2022, Distribution spatiale de la Population Résidente par sexe, 108p

<sup>3</sup> Index Mundi, Togo. Répartition par âge, 2019

<sup>4</sup> MSHP-AUS, PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2023-2027, 101 pages/pg9

<sup>5</sup> PROGRAMME WEZOU, Impacts et bilan dans la gouvernance sociale du Togo, Avril 2023, Togo émergent, Bulletin mensuel d'information N°007, pg 1-12 / <https://drive.google.com/file/d/10UI7xOQhTeDTM0Jn6VEHgeGuVP5FjUqQ/view?usp=sharing>

d'un milliard de francs CFA a été dépensé en faveur de 160 000 femmes. Sa mise en œuvre a permis de couvrir 680 formations sanitaires sur l'étendue du territoire. Plus de 70 000 accouchements ont été gratuitement pris en charge et au moins 660 000 différentes prestations ont été effectuées.

S'agissant de la santé de la mère, toujours selon le PNDS en cours, les données de l'EDST-III 2013-2014 situent le ratio de mortalité maternelle à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il indique une mortalité maternelle toujours élevée en dépit des efforts accomplis. Ces décès sont dus principalement à des causes obstétricales directes à savoir les hémorragies (47 %), l'éclampsie (24 %) et les infections (13 %). L'ampleur et la gravité de ces problèmes sont liées : (i) à l'accès limité aux soins et services de santé de qualité, notamment les soins prénatals, l'assistance au moment de l'accouchement et au cours du postpartum immédiat, (ii) aux progrès insuffisants accomplis dans l'opérationnalisation des sites offrant des soins obstétricaux avec pour conséquence l'incapacité à assurer une prise en charge adéquate des complications obstétricales sur l'ensemble du territoire, (iii) à la faible disponibilité des médicaments essentiels et produits sanguins pour sauver la vie des mères et des enfants, (iv) à la faiblesse de l'offre de services de Planification Familiale, (v) à la faible accessibilité financière aux services de soins et (vi) à une faible utilisation continue des soins prénatals.

## o Contexte Bénin

Les différents Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat ont révélé que la population béninoise a connu une croissance rapide surtout pendant ces dernières années passant de 3 331 210 habitant-e-s en 1979 à 10 008 749 habitant-e-s en 2013, (dont 51% de femmes et 49% d'hommes) ; 46,65% âgé-e-s de moins de 15 ans et 55,43% vivent dans les milieux ruraux<sup>6</sup>. Le nombre de la population grimpe à 13 712 828 en 2023<sup>7</sup>. Cette forte croissance démographique résulte de la baisse de la mortalité et du maintien du niveau de fécondité.

Néanmoins, l'état de santé de la population béninoise est caractérisé par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité avec l'espérance de vie à la naissance estimée à 60 ans pour l'ensemble de la population en 2022<sup>8</sup>.

Par ailleurs, les mortalités maternelle, néonatale et infantile sont élevées.

En effet, de 1996 à 2014, les différents ratios de mortalité maternelle publiés sont successivement de 498 en 1996, 474,4 en 2002, 397 en 2006 et 335,5 en 2013 (288,7 en milieu urbain, 367 en milieu rural) pour 100 000 naissances vivantes<sup>9</sup>. En 2020, ce taux passe à 523 pour 100 000 naissances vivantes<sup>10</sup>.

En 2016, les complications obstétricales directes les plus fréquentes sont les dystocies dans 18,3% des cas, les prééclampsies et éclampsies dans 16,5% et les hémorragies dans 15, 7% des cas et l'infection du post partum dans 1% des cas.

La tendance au niveau de la mortalité néonatale est en baisse passant de 38,2 pour 1000 naissances vivantes en 1996, ensuite à 37,8 pour 1000 en 2014<sup>11</sup>, et 29 pour 1000 en 2021<sup>12</sup>. Quant au taux de mortalité infantile, il est de 81 pour 1000 en 2022<sup>13</sup>.

Au Bénin, l'organisation des soins est de type pyramidal et à trois niveaux à savoir, le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique.

- (1) Niveau central : le Ministère de la Santé a pour mission, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé. Il est constitué du cabinet, des directions centrales, techniques, des organismes sous tutelle, des organismes rattachés et des structures sanitaires de référence tertiaire.

---

<sup>6</sup> PNDS 2018 - 2030

<sup>7</sup> PNUD

<sup>8</sup> Ibid

<sup>9</sup> PNDS 2018 - 2030

<sup>10</sup> OMS

<sup>11</sup> PNDS 2018 - 2030

<sup>12</sup> Banque Mondiale

<sup>13</sup> PNUD

- (2) Niveau intermédiaire : il regroupe les douze Directions Départementales de la Santé (DDS) et les structures sanitaires de 2ème niveau. Les DDS sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le Gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé, et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements.
- (3) Niveau périphérique : le niveau périphérique constitue la base de la pyramide sanitaire et compte 34 zones sanitaires. La zone sanitaire est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (maternités et dispensaires seuls, centres de santé) et des formations sanitaires privées<sup>14</sup>.

## o Focus sur la santé materno-infantile

La Chaîne de l'Espoir n'intervient pas encore sur les besoins en santé materno-infantile au Togo et au Bénin. Notons que les besoins de la mère restent importants et peu couverts, et la répartition suivant les régions reste insuffisante. Cette étude permettra de mettre en exergue les besoins de la mère et de l'enfant dans les régions étudiées du Togo et du Bénin.

Ce travail nous permettra de faire l'état des lieux de la situation de la santé de mère et de l'enfant, et sera une base concrète de discussion avec les différents acteur-ice-s sur les approches / interventions / priorités afin d'envisager des actions complémentaires contribuant à améliorer l'accès à des soins de qualité et adaptés. Cette étude sera également pilote dans le déploiement d'évaluations des besoins dans d'autres pays d'intervention de La Chaîne de L'Espoir en Afrique de l'Ouest et de l'Océan Indien, permettant de déterminer les pays d'implantation d'un projet multi-pays de santé materno-infantile.

Pour ce projet, les piliers d'action suivants ont été identifiés :

- 1) **Accès aux soins** : les contraintes géographiques, légales et financières limitent l'accès aux services de santé maternelle, entraînant des accouchements à domicile non assistés ou avec un accès restreint aux soins appropriés, augmentant ainsi les risques pour la mère et l'enfant.
- 2) **Offre de soins adaptés et de qualité** : le manque de personnel qualifié, d'équipements médicaux adéquats, de médicaments et de services adaptés (réanimation néonatalogie, planning familial) dans de nombreuses régions entraîne un retard dans le dépistage et la prise en charge des complications pendant la grossesse et l'accouchement, augmentant les risques de complications et de décès maternel et infantile.
- 3) **Grossesses chez les mineures** : elles sont à haut risque de complications pendant la grossesse et l'accouchement (fistules, morbi-mortalité néo-natale), et soumises à des obstacles sociaux et économiques pour accéder aux soins de santé maternelle appropriés. Elles font également face à un risque de déscolarisation souvent associées aux violences basées sur le genre (mutilations sexuelles féminines, violences physiques, sexuelles, psychologiques, sociales, etc.).
- 4) **Pathologies périnatales** :
  - a. Les lésions obstétricales chez la mère, telles que les fistules, prolapsus, les ruptures utérines, éclampsie et les hémorragies postpartum altèrent l'anatomie génitale féminine voire engendrent le décès des femmes, rendant l'accouchement plus difficile et donc un risque de mortalité au moment de l'accouchement ainsi que des stigmatisations sociales.
  - b. Les lésions obstétricales chez l'enfant regroupent l'asphyxie néonatale, les traumatismes mécaniques (fractures osseuses, blessures nerveuses, hématomes extra-crâniens, hémorragies intracrâniennes, etc.) et les lésions des tissus mous (ecchymoses, nécrose graisseuse sous-cutanée, pétéchies, etc.)
  - c. Les maladies telles que le diabète gestationnel, le paludisme, les IST (VIH, Hépatite B, etc.), l'anémie, le tétanos et le cancer du col de l'utérus constituent des risques pendant la grossesse et l'accouchement, nécessitant un accès adéquat aux services de dépistage, de traitement et de prévention.

Le projet accordera une importance particulière à la thématique transversale des violences basées sur le genre (VBG) en lien avec la santé materno-infantile (violences gynécologiques et obstétricales, mutilations génitales, prise en charge de survivant-e-s de violences sexuelles). En effet, les VBG affectent la santé physique et mentale des personnes qui les

---

<sup>14</sup> PNDS 2018 - 2030

subissent. Ces dernières sont souvent moins enclines à chercher des soins prénatals et obstétricaux, ou à accoucher dans un établissement de santé.

### III. Objectifs de l'étude

#### **Objectif Général :**

L'objectif général de cette étude est d'identifier les actions prioritaires, sur l'ensemble de la pyramide sanitaire, visant l'amélioration de l'accès et de l'offre des soins de santé materno-infantile de qualité et adaptés à la mère et à l'enfant, prenant en compte les grossesses chez les mineures, les lésions obstétricales et les pathologies périnatales chez la mère et l'enfant, au Togo et au Bénin et ce en lien avec les expertises d'intervention de La Chaîne de l'Espoir.

#### **Objectifs spécifiques :**

L'atteinte de cet objectif passera notamment par la réalisation des objectifs spécifiques ci-dessous :

1. Faire un état des lieux de la situation au Bénin (Cotonou, Porto Novo et Lokassa) et au Togo (Lomé, Kara et Nosté), surtout mettant en avant les difficultés / besoins des structures, proposant ou devant proposer, une prise en charge adaptée à la mère et l'enfant (équipements, renforcement de compétences, besoins et priorisation de la prise en charge (PEC) chirurgicale chez la mère et l'enfant, services de PEC psychologique)
2. Collecter les informations sur les problématiques / défis que rencontrent les formations du personnel de santé impliqué dans la PEC de la mère et de l'enfant ainsi que les conséquences qui en découlent aussi bien pour l'enfant que pour la mère ;
3. Faire le mapping des actions et des acteur·ice·s travaillant sur les soins materno-infantile (ceux·celles qui mènent des actions (OSC, ONG, gouvernement) et ceux·celles qui les financent tant au niveau national qu'international) ;
4. Elaboration d'un kit d'outils d'évaluation standardisé des besoins en soins de santé materno-infantile, adaptable à différents pays de l'Afrique de l'Ouest et Madagascar ;
5. Partager les résultats de l'étude auprès des parties prenantes concernées.

Il conviendra ainsi de proposer une analyse rigoureuse sur les documents et chiffres clés, actions d'amélioration en cours ou en projet dans les deux pays, les principales parties prenantes et un plan de priorisation au regard de la situation décrite, permettant l'élaboration d'une proposition de projet et l'amélioration de la méthodologie d'évaluation des besoins.

### IV. Résultats attendus

**R.1 :** Une revue documentaire sur les soins de santé materno-infantiles au Togo et au Bénin est réalisée, sous l'angle des piliers exposés plus haut : offre de soins (incluant le planning familial), accessibilité des soins, grossesses chez les mineures, lésions obstétricales et pathologies périnatales chez la mère et l'enfant. Cette revue documentaire analysera de façon transversale les VBG dans ces domaines (violences obstétricales et gynécologiques, mutilations génitales, prise en charge des survivant·e·s de violences sexuelles).

#### **Piliers accessibilité et offre des soins materno-infantile adaptés et de qualité :**

**R.2.1 :** L'état des lieux des formations spécialisées ou non prenant en charge la mère et l'enfant et des besoins en renforcement de compétences des ressources humaines et des professionnel·le·s de santé materno-infantile (sage femmes, gynécologues, infirmier·ère·s, tradipraticien·ne·s, puériculteur·ice·s, chirurgien·ne·s obstétricien·ne·s/gynécologues, infirmier·ère·s de bloc opératoire, chirurgien·ne·s pédiatres, anesthésistes, pédiatres, psychologues) dans les régions identifiées des pays est réalisée.

**R.2.2** : Les besoins, problématiques et défis sur la prise en charge de la mère et de l'enfant couvrant l'ensemble de la pyramide de soins sont présentés (ressources humaines, équipements, approvisionnement en consommables, soins et services disponibles (gynécologie, obstétrique, néonatale, soins intensifs, réanimation, psychologie, planning familial), déroulé des consultations, suivi grossesse (anténatal, accouchement et postpartum), PEC des complications). Une attention sera portée à l'analyse de la levée des freins (économiques, géographiques, légaux) d'accès aux soins materno-infantile. Les systèmes de soin parallèles seront considérés.

**Pilier grossesse chez les mineures :**

**R.3.1** : Etat des lieux des programmes d'éducation sexuelle et de sensibilisation sur la réduction des grossesses précoces.

**R.3.2** : Etat des lieux des services de santé adaptés à la santé reproductive chez les mineures (accès aux services, types de services proposés, qualité des soins prodigués) et analyse des profils des patient-e-s reçu-e-s dans les hôpitaux sur l'ensemble de la pyramide sanitaire via des focus groupes.

**Piliers pathologies périnatales :**

**R4** : Un état des lieux des pathologies durant la grossesse, durant l'accouchement, post partum pour la mère et l'enfant, ainsi qu'une analyse des dispositifs existants pour la prévention, le dépistage et la réponse aux pathologies sont présentés. L'identification des bonnes pratiques et des interventions nécessaires pour prévenir ces pathologies, mais aussi des lacunes des soins, est incluse.

**R5** : Une priorisation des besoins en fonction de leur importance et/ou impact sera proposée et justifiée, en impliquant les instances gouvernementales.

**R6** : Le mapping des actions et des divers acteur-ice-s sur la prise en charge de la mère et de l'enfant est dressé, ainsi que celui des bailleurs nationaux et internationaux finançant la santé materno-infantile.

**R7** : Les résultats seront partagés avec les parties prenantes (incluant le gouvernement) via un rapport et lors d'un atelier de restitution que mènera l'équipe de consultant-e-s de l'étude.

V. **Livrables attendus**

N°	Livrables
1	Note d'orientation méthodologique comprenant un chronogramme
2	Outils de collecte des données standardisé
3	Rapport provisoire de l'étude incluant une cartographie des acteur-ice-s menant des projets et/ou impliqués dans la santé materno-infantile et des bailleurs nationaux et internationaux finançant cette thématique
4	Base de données analysant les données collectées
5	Bibliographie et revue documentaire
6	CR des entretiens ou focus groupes réalisés
7	Liste des contacts des parties prenantes au Togo et au Bénin
8	Rapport final de l'étude en tenant compte des commentaires faits par La Chaîne de l'Espoir et ses partenaires sur le rapport provisoire
9	Résumé de l'étude (1 à 2 pages)

10	Une concept note (le contexte, définition des besoins, Objectifs, Résultats, types d'activités, cadre logique, stratégie opérationnelle)
11	Un kit d'outils d'évaluation des besoins en santé materno-infantile
12	Présentation PowerPoint synthétisant les résultats qui servira de support lors de l'atelier de partage des résultats en présentiel

## VI. Méthodologie

Les consultant-e-s définiront et proposeront une méthodologie dans l'offre technique lors de la soumission de leur candidature. Il est attendu une étude de type participative favorisant l'implication des principales parties prenantes de l'ensemble de la pyramide sanitaire, notamment les personnels de santé materno-infantile, les patient-e-s et leurs familles, les OSC et ONG impliquées dans la santé materno-infantile, les autorités gouvernementales, administratives travaillant sur la santé materno-infantile.

Cette méthodologie combinera les techniques de recherche quantitatives et qualitatives (questionnaires, entretiens, etc.).

La Chaîne de l'Espoir et ses partenaires mettront en lien l'équipe de consultant-e-s avec les acteur-ice-s clés au Togo et au Bénin (Ministère de la Santé, ONG œuvrant sur la thématique, Hôpitaux de référence, OSC, ONG, etc.). La méthodologie devra également être centrée sur le-la patient-e/survivant-e et adoptée des approches genre et droits des enfants. Des missions seront à organiser au Togo et au Bénin, ce qui est à prévoir au budget, à noter que La Chaîne de l'Espoir n'apportera pas d'appui logistique.

Après avoir choisi l'équipe de consultant-e-s, La Chaîne de l'Espoir lui transmettra l'ensemble de la documentation nécessaire pour comprendre la dynamique de l'étude. Dans un deuxième temps, l'équipe de consultant-e-s et La Chaîne de l'Espoir se rencontreront lors d'une réunion de cadrage pour préciser les attentes et échanger sur l'organisation de l'étude. Cette rencontre se fera en ligne avec la présence des chefs de mission de La Chaîne de l'Espoir du Bénin et du Togo. L'équipe de consultant-e-s bénéficiera alors d'informations supplémentaires. Par la suite, l'équipe de consultant-e-s rédigera une note de cadrage détaillée, en spécifiant le déroulement de l'étude, les personnes à rencontrer et de quelle manière, les démarches et outils de collecte et d'analyse de données qui seront mobilisés. Une fois présentée, cette note de cadrage devra être validée ou modifiée si besoin par l'équipe de consultant-e-s ou par le comité interne de La Chaîne de l'Espoir en charge du suivi de l'étude.

Nous préconisons que le-la consultant-e lead s'associe à des consultant-e-s nationaux-ales.

## VII. Calendrier de la mission de consultation

N°	Activités	Dates limites	Responsable
1.	Date limite de réception des dossiers de candidatures	3/11/2024	Comité de sélection CDE
2.	Recrutement du-de la consultant-e	15/11/24	Comité de sélection CDE
3.	Réunion de cadrage sur les TDR et la méthodologie	Semaine du 18/11/24	Comité interne CDE et équipe consultant-es
4.	Revue documentaire	25/11/24 au 02/12/24	Equipe consultant-es
5.	Visite terrain (Mise en œuvre de l'étude)	Décembre	Equipe consultant-es

6.	Soumission du rapport provisoire comprenant une cartographie des acteur-ice-s et le paysage bailleurs	06/01/2024	Equipe consultant-es
7.	Ajustements et validation du rapport provisoire	20/01/2024	Equipe consultant-es
8.	Soumission du rapport final de l'étude (et de son résumé), du kit d'outils d'évaluation des besoins et de la proposition de projet	Semaine du 27/01/2024	Equipe consultant-es
9.	Soumission de la présentation Powerpoint présentant les résultats de l'étude	Février 2025	Equipe consultant-es
10.	Participation à la restitution publique	Février 2025	Equipe consultant-es et CDE

### VIII. Profil et compétences recherchés de l'équipe d'évaluation

Pour la réalisation de l'étude, l'expertise et les expériences prouvées dans les domaines suivants sont demandées :

1. Expérience d'au moins 5 ans dans le domaine de la recherche / évaluation
2. Expérience dans la réalisation d'étude et si possible dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive (ONG médicale et/ou en tant que personnel médical)
3. Connaissance du système de santé et des politiques publiques du Togo et du Bénin
4. Maîtrise de l'approche genre et centrée sur le-la patient-e / survivant-e
5. Maîtrise de l'approche des droits des enfants en santé
6. Excellente maîtrise du français
7. Très bonne maîtrise des outils informatiques

### IX. Dossier de candidature

#### A. Dossier administratif

Le dossier de candidature doit comporter :

- Un curriculum vitae décrivant les expériences professionnelles du-de la consultant-e
- 3 références professionnelles du-de la consultant-e lead
- Rapport de 2 études réalisées
- L'adresse physique du-de la consultant-e lead
- Le nom complet et les coordonnées de la personne-ressource à contacter
- Attestation d'assurance en responsabilité civile professionnelle
- Pour les entreprises de droit français, les documents légaux ci-dessous devront être fournis :
  - Extrait K-bis de moins 3 mois
  - Attestation de déclaration à l'URSSAF
  - Bilan annuel 2023 de formations et financier le cas échéant
- Pour les entreprises étrangères, un bilan financier annuel 2023 est demandé. D'autres documents légaux pourront être demandés en fonction du lieu d'exercice.

#### B. Offre technique :

L'offre technique doit être composée de :

1. La présentation de l'expertise et de l'expérience du-de la soumissionnaire

2. Une note explicative sur la compréhension des TDR
3. Une description de la méthodologie permettant d'atteindre les objectifs et de l'organisation de la mission envisagée
4. Une proposition d'un chronogramme prévisionnel mentionnant les différentes phases et respectant les délais présentés dans les TDR

**o Offre financière**

Le dossier de candidature comportera une offre financière détaillée précisant l'ensemble des coûts.

Afin de faciliter la comparaison des offres financières, il est recommandé aux soumissionnaires de fournir une ventilation du montant proposé. Le-la soumissionnaire doit spécifier dans cette ventilation budgétaire les honoraires et tous les coûts associés, en tenant compte du nombre de jours de travail prévus, des activités programmées, du matériel à produire, ainsi que du nombre de jours sur le terrain, conformément à ce qui aura été décrit dans la proposition technique. Les modalités et conditions financières doivent être également précisées.

Par ailleurs, les soumissionnaires voudront bien noter que les paiements ne pourront être effectués que sur la base des produits livrés, c'est-à-dire sur présentation du résultat des services spécifiés dans les TDR et après validation de ces livrables par les services compétents au sein de La Chaîne de l'Espoir.

Des imprévus peuvent être intégrés dans ce budget (5% maximum des coûts directs, sur justificatifs, seront éventuellement utilisables avec l'accord de La Chaîne de l'Espoir).

**L'offre financière ne devra pas excéder 30 000 (Trente mille) euros TTC.**

**NB :** Bien vouloir noter que les offres doivent être soumises en TTC pour les soumissionnaires qui sont au régime normal. Selon la législation applicable, La Chaîne de l'Espoir effectuera une retenue à la source des éventuelles taxes. L'offre financière doit être disponible dans un fichier Excel détaillé.

**X. Critères l'évaluation des offres**

Les offres techniques, financières et documents administratifs seront évalués selon les critères ci-dessous (100 points), par le comité de sélection composé de La Chaîne de l'Espoir et ses partenaires

Critères d'analyse	Pondération	Echelle de notation
<b>1. Expertise proposée</b>		25
1.1. Consultant-e lead	3	10
1.2. Consultant-e-s associé-e-s	2	10
1.3. Cohérence de compétences de l'équipe	1	5
<b>2. Analyse globale et compréhension des TdR</b>	5	25
<b>3. Pertinence des préconisations</b>		25
3.1 Questionnement et approfondissement de l'objet de l'étude	5	5
3.2 Méthodologie proposée	5	15
3.3 Calendrier	4	5
<b>4. Moyens</b>		25
4.1 Moyens financiers	5	15
4.2 Cohérence des moyens	4	10

### Comment postuler

Les offres technique et financière et le dossier administratif doivent être envoyés par email à l'adresse suivante : **[cnicolas@chainedelespoir.org](mailto:cnicolas@chainedelespoir.org)**

Date finale de réception des dossiers de soumission : 3/11/2024 au plus tard à 18h (heure France métropolitaine).

NB : Seul·e·s les candidat·e·s présélectionné·e·s seront contacté·e·s d'ici le 15/11/2024