



SANTÉSUD
GroupesOS



Enquête Baseline et Endline incluant CAP multi-projets

TERMES DE RÉFÉRENCE

Projets

BIEN NAÎTRE – Promotion de soins de proximité intégrés et sensibles au genre

PluriElles – Projet de Lutte contre les pandémies et de Renforcement de la santé et des droits sexuels et reproductifs en milieu rural selon une approche Intégrée et sensible au genre

Référence de l'appel d'offre : 24EBEMAD

Date limite de réception des offres fixée au :

10/12/2024

Type de contrat : Prestation de service

Localisation :

Lot 1 : districts de Manjakandriana, Ankazobe et Anjozorobe, région d'Analamanga (Projet Bien-Naître et PluriElles).

Lot 2 : district d'Ambanja, région de DIANA (Projet PluriElles).

Il est souhaitable de se positionner sur les 2 lots.





SANTÉ SUD

Groupes OS



PRÉSENTATION DE SANTÉ SUD

SANTE SUD est une ONG de solidarité internationale engagée pour le droit à la santé pour tous. Nos programmes sont conçus selon une méthodologie de santé publique fondée sur les droits et l'égalité de genre. Depuis 1984, nous agissons sans remplacer en renforçant les capacités de nos partenaires locaux pour que chacun.e ait accès à des soins de qualité. Nos partenaires sont les acteur.rices des systèmes de santé (autorités publiques de santé, services de santé primaires et de référence), les autorités locales de nos régions d'intervention, les organisations de la société civile engagées pour le droit à la santé et les populations.

1.1- Santé Sud à Madagascar

SANTE SUD Madagascar mène des projets qui s'inscrivent dans un contexte marqué par les difficultés d'accès des populations à la santé, aux droits sexuels et reproductifs et à la santé maternelle et infantile. Ces difficultés sont exacerbées par d'importantes inégalités de genre qui fragilisent la santé des adolescentes, des femmes et des enfants, en plus de difficultés liées aux enjeux des barrières financières. Elles sont particulièrement fortes dans les zones rurales du pays, marquées par l'éloignement des services de santé. Dans les zones rurales, les programmes de Santé Sud visent à contribuer au renforcement de la couverture sanitaire développant l'offre de soins de santé sexuelle, reproductive et infantile et mettant en avant la réduction de la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans disponible en installant des sages-femmes communautaires au niveau du fokontany, la plus petite circonscription administrative.





CONTEXTE ET JUSTIFICATION

2.1- Présentation des projets

Santé Sud met actuellement en œuvre deux projets à Madagascar : “Bien Naître – Promouvoir de soins de proximité intégrés et sensible au genre” et “PluriElles - Projet de lutte contre les pandémies et de renforcement de la santé et des droits sexuels et reproductifs en milieu rural selon une approche intégrée et sensible au genre”.

Ces projets partagent certaines activités, notamment l’installation de sages-femmes communautaires dans les zones rurales pour améliorer l'accès aux soins. De plus, plusieurs interventions des deux projets se déroulent dans les mêmes zones d’intervention de la région d’Analamanga, notamment dans 13 aires de santé où des sages-femmes communautaires ont été déployées lors de la première phase du projet Bien Naître.

Dans ce contexte, Santé Sud cherche à recruter un ou plusieurs prestataires pour réaliser les enquêtes de base et de fin d’étude, incluant le CAP (enquête Connaissances, Aptitudes, Pratiques) pour les deux projets, organisées par lots géographiques (lot 1 : région d’Analamanga ; lot 2 : région de DIANA).

Cette approche permettra d’optimiser le temps de collecte des données pour les deux projets en région Analamanga et d’assurer une cohérence des informations recueillies.

Des données sont déjà disponibles grâce aux enquêtes endline menées dans le cadre de la phase 1 de Bien Naître. La méthode de collecte de ces données et les données résultantes devront être prises en compte lors de l’enquête baseline lot 1 menée dans la région Analamanga.

2.2 Le projet « Bien Naître – Promouvoir de soins de proximité intégrés et sensible au genre »

2.2.1.- Contexte de mise en œuvre

Une étude menée par l’OMS en 2022 indique que Madagascar compte 0.9 professionnel·les de santé (médecins, personnels infirmiers et sages-femmes confondu·es) pour 1 000 habitants, un ratio inférieur au seuil de 4,45 pour 1 000 nécessaires pour fournir les services de santé essentiels. On observe une inégalité d’accès à la santé entre zones urbaines et zones rurales où réside pourtant plus de 80% de la population, notamment due à un déséquilibre dans la répartition des structures de santé. Les dysfonctionnements des services de santé publics (trop éloignés des populations, sous équipés et dotés d’un parcours de soin dysfonctionnel) ajoutés aux facteurs socio-économiques et culturels du contexte rural (recherche de soins tardive due à l’absence d’informations, pratiques coutumières et capacités financières limitées) engendrent une situation alarmante en matière de santé materno-infantile (SMI). La faible appropriation par les prestataires de soins et par les populations des recommandations et des lois en matière de SSR dont la planification familiale et la prévention des VBG entraînent un faible taux d’utilisation des méthodes contraceptives et une connaissance minimale des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment chez les adolescent·es. Le premier contact d’une personne en recherche de soins étant souvent le·la tradipraticien·ne ou l’accoucheuse traditionnelle (matrone) en cas de



SANTÉ SUD

Groupes OS



grossesse, seules 35% des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé (59 % en milieu urbain) et 41% des naissances sont assistées par un prestataire qualifié (74 % en milieu urbain). Il en résulte des indicateurs de mortalité élevés avec un taux de mortalité maternelle de 478 décès pour 100 000 naissances, un taux de mortalité infanto-juvénile (10-19 ans) de 77 ‰ en milieu rural (64 ‰ en milieu urbain) et un taux de mortalité juvénile (15-24 ans) de 32 ‰ (18 ‰ en zone urbaine). En parallèle, parmi les enfants de 12–23 mois, seulement 49 % ont reçu tous les vaccins de base, tandis que 18 % n’ont reçu aucun antigène (Enquêtes démocratique et de santé à Madagascar, 2021).

Par ailleurs, à Madagascar, la structure productive locale et les habitudes alimentaires à faible apport nutritionnel engendrent des difficultés pour assurer une diversité alimentaire minimale aux nourrissons et jeunes enfants ainsi qu’aux femmes enceintes et allaitantes. De ce fait, 40% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique et 23% d’insuffisance pondérale. Le pourcentage d’enfants de 6–23 mois qui ont reçu un apport alimentaire minimum acceptable est de 17% en milieu rural. La région d’Analamanga est une des régions les plus affectées par la malnutrition chronique avec une prévalence de 48% chez les enfants de moins de 5 ans.

Depuis 2019, Santé Sud met en œuvre un projet d’installation de sages-femmes en zones rurales dans des Cabinets d’Accouchement Communautaires (CAC) dans le but de continuer à agir pour le droit à la santé pour tous-tes. Après la phase pilote ayant installé 8 SFC, une première phase, achevée en avril 2024, a permis l’accompagnement continu des 8 SFC et l’installation de 5 SFC supplémentaires. L’analyse des premiers effets de la phase pilote du projet Bien Naître a permis d’identifier le besoin d’avoir une approche plus globale intégrant la prise en compte de la malnutrition infantile avec une forte prévalence sur la zone d’intervention. C’est suite à ce diagnostic que Santé Sud a mis également en œuvre depuis janvier 2022 le projet NUTRISAN, qui a pour objectif de contribuer à réduire la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans vivant en zone rurale dans les aires de santé des CAC.

Le projet Bien Naître est financé par l’Agence Française de Développement et le Gouvernement de la Principauté de Monaco, et mis en œuvre en partenariat avec l’AMC-MAD et AMADESE.

- L’Association des Médecins Communautaires de Madagascar (AMC-MAD) a été créée en 1997 et rassemble des MGC qui exercent en zone rurale isolée à Madagascar. L’association se donne pour objectif de promouvoir l’exercice de la médecine privée et renforcer les professions de santé en milieu communautaire et rural. Ils accompagnent et supervisent donc les SFC dans l’exercice de leurs fonctions, à travers des formations techniques mais aussi l’organisation d’échanges de pratiques entre pair-es.
- L’Association Malagasy pour le Développement Economique, Social et Environnemental (AMADESE) a été créé en 2004. L’association poursuit l’objectif de contribuer au développement social, économique et environnemental des populations, à travers la promotion d’activités permettant l’amélioration des conditions et du niveau de vie des populations et la protection de l’environnement. L’AMADESE intervient principalement dans les secteurs d’activités agricoles et environnementales.

2.2.2- Enjeux et objectifs du projet

Le projet a pour objectif de :

Objectif général : Promouvoir des mécanismes innovants, intégrés et coordonnés pour renforcer l’accès des femmes, des jeunes et des enfants de moins de 5 ans à des soins de qualité en zone rurale à Madagascar.





Objectifs spécifiques :

- 1- Contribuer à une offre de soins de qualité de proximité, en renforçant le continuum de soins intégré du niveau communautaire à la référence

L'atteinte de cet objectif reposera sur l'extension du réseau de sages-femmes exerçant en CAC installées par Santé Sud dans les **districts de Manjakandriana, Ankazobe et Anjozorobe** (Résultat 1.1), sur le renforcement de la qualité de soins dispensées par les 18 sages-femmes installées par Santé Sud en CAC (Résultat 1.2) et sur le renforcement du système de référencement régional et de qualité des prestations de soins disponibles au niveau des formations sanitaires publiques d'Analamanga (Résultat 1.3).

- 2- Les communautés des zones ciblées améliorent leurs pratiques en santé globale

L'atteinte de cet objectif reposera sur les actions de sensibilisations effectuées dont bénéficient les aires de santé des 18 sages-femmes communautaires (Résultat 2.1), sur la promotion des bonnes pratiques en matière de santé globale à travers la mise en œuvre d'actions ciblées (Résultat 2.2) et sur le renforcement de capacités des OC à conduire des actions de promotion de la santé prenant en compte le genre, auprès des communautés (Résultat 2.3).

- 3- Le modèle économique pour l'offre et la demande en santé de proximité est renforcé et pérennisé

L'atteinte de cet objectif reposera sur le renforcement et accompagnement des sages-femmes dans leurs rôles d'entrepreneuses sociales (Résultat 3.1) et sur le renforcement des capacités financières des communautés (Résultat 3.2).

Les bénéficiaires de ce projet :

- **Bénéficiaires direct.es** : 18 sages-femmes communautaires (dont 5 nouvelles) ; 72 agent-es communautaires (dont 20 nouveaux-elles) ; 18 formateur-ices locaux (dont 5 nouveaux-elles) ; 36 mamans lumière ; 74 accoucheuses traditionnelles (dont 35 nouvelles) ; 25 professionnel·les de santé des CSB et du CHRD de référence ; 54 membres de l'AMC-MAD ; 40 membres de l'ARSFA ; 50 représentant-es d'OSC locales (dont 30 nouveaux-elles) ; 108 personnes ressources au niveau des districts, communes et Fokontany (dont 36 nouveaux-elles)
- **Bénéficiaires indirect.es** : 42 100 femmes en âge de procréer (15-49 ans) ; 6 500 enfants de moins de 5 ans ; 3 200 adolescent-es (15-19 ans) ; 8 200 bénéficiaires des sensibilisations des OSC ; 36 000 bénéficiaires dans l'aire de santé des CAC ; 180 000 administré-es dans l'aire des communes d'intervention.

Au regard des objectifs ciblés, le renforcement de soins et de la satisfaction des usager.es / bénéficiaires des services de santé est fondamental. Le projet prévoit pour cela des méthodes de travail participatives reposant sur l'identification et le renforcement des capacités des acteur·rices et leaders communautaires (OSC et associations locales, leaders religieux et communautaires etc). Il s'appuie également sur une approche orientée changement transversale visant à améliorer à la fois :

- Les connaissances, attitudes et pratiques des populations concernant l'accouchement assisté par une ressource humaine qualifiée ; l'adoption de bonnes pratiques en santé





SANTÉSUD

GroupesOS



surtout en ce qui est de la réalisation des consultations prénatales et de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ; l'application par les ménages des concepts d'agroécologie dans leurs champs et la connaissance de recettes diversifiées et équilibrées par les mères ;

- Les connaissances, attitudes et pratiques des populations concernant la santé sexuelle, reproductive, infantile et l'égalité de genre ;
- Les connaissances, attitudes et pratiques des sages-femmes communautaires sur les thématiques de la SSR, de la nutrition ainsi que sur l'entreprenariat
- La qualité des services disponibles au niveau des CAC, incluant la prise en compte de la satisfaction des populations vis-à-vis de ces services.



SANTÉSUD

GroupesOS



2.3. Le projet PluriElles “Projet de lutte contre les pandémies et de renforcement de la santé et des droits sexuels et reproductifs en milieu rural selon une approche intégrée et sensible au genre”

2.3.1. Contexte de mise en œuvre

A Madagascar, les inégalités entre les femmes et les hommes persistent, notamment dans l'exercice du droit à la santé. On observe en outre une **inégalité d'accès à la santé** entre zones urbaines et zones rurales, où les femmes cumulent ainsi plusieurs formes de discrimination, et où réside plus de **80% de la population** (INSTAT 2021). Les indices de disponibilité des services de planification familiale et de soins obstétricaux de base y sont particulièrement faibles, ce qui entraîne un faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives et des indicateurs élevés de mortalité materno-infantile. Le profil épidémiologique du pays est aussi marqué par les pathologies infectieuses transmissibles. L'incidence de la tuberculose est élevée, pourtant le dépistage est en recul dans certaines régions du fait du **manque d'accessibilité géographique aux soins**. Si l'âge des premiers rapports sexuels est très jeune, **la connaissance du VIH-SIDA et des lieux de dépistage est très faible, et ce particulièrement en zone rurale**. L'ONUSIDA Madagascar alerte sur le besoin de cibler les jeunes et femmes enceintes, l'épidémie augmentant en population générale, et les subventions du Fonds mondial priorisant les populations clefs. S'agissant du paludisme, entre 2017 et 2020, l'incidence a doublé, se traduisant par une hausse du taux de mortalité. La prévalence chez les enfants de moins de 5 ans est particulièrement élevée en zone rurale. Enfin, 25% des cancers vus dans le service d'oncologie de Madagascar sont des cancers du col de l'utérus alors que deux fois moins de femmes ont entendu parler de cette maladie en zone rurale qu'en zone urbaine (INSTAT 2021). Le plan national de développement des RH en santé souligne un **important déséquilibre dans la répartition géographique des structures de santé de base entre milieu rural et urbain**. Les programmes nationaux de lutte contre les 3 pandémies, dont les plans stratégiques 2023-2027 sont en cours d'élaboration, plaident pour la mise en œuvre de stratégies permettant de mieux desservir les populations isolées.

C'est pour répondre à cet enjeu que le projet accompagnera l'installation et la formation de 25 sages-femmes en milieu rural en Analamanga et en DIANA afin d'offrir un **service de proximité centré sur la personne et sensible au genre, intégrant la Santé et Droits Sexuels et Reproductive (SDSR), dont la Santé de la Reproduction des adolescent-es et des jeunes (SRAJ) et la lutte contre les violences basées sur le genre (VBG), VIH-SIDA, TB, paludisme, et cancer du col de l'utérus**, dans des zones où les populations sont contraintes de parcourir des kilomètres pour avoir accès à un professionnel de santé qualifié. Les cabinets de ces sages-femmes s'inscriront dans la pyramide sanitaire qui sera renforcée **de la communauté à la référence** pour offrir un continuum de soins de qualité aux populations desservies. Le projet sera mis en œuvre en consortium avec l'Organisation Malgache **MAD'AIDS**, et intègre un **volet important de renforcement de capacités de MAD'AIDS**. Créé en 2007, MAD'AIDS est un réseau national d'associations malgaches engagées pour la réponse au VIH, la prévention multi-maladie et le développement durable, à travers le renforcement des capacités de ses membres, la coordination des interventions de développement avec les partenaires, et des actions de plaidoyer pour le respect des droits humains. MAD'AIDS regroupe des acteurs communautaires des 22 régions de Madagascar dont la mission est d'améliorer la prise en charge et le bien-être des personnes vivant avec le VIH et de promouvoir un comportement à moindre risque auprès des populations les plus vulnérables dont les personnes vivant avec le VIH, jeunes, travailleur-ses du sexe et leurs client-es, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, consommateurs de drogue injectable et détenus.

Le projet PluriElles bénéficie du soutien de L'Initiative mise en œuvre par Expertise France.





2.3.2 Enjeux et objectifs du projet

Objectif général : Promouvoir une offre de santé de proximité de qualité et sensible au genre en zone rurale, centrée sur la personne et intégrée dans la pyramide sanitaire

OS1 : Développer une offre de soins de proximité en zone rurale, prenant en compte de manière spécifique les besoins des femmes, des hommes et des jeunes, axée sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, et intégrant la lutte contre les trois pandémies et le cancer du col de l'utérus

Il s'agira d'accompagner l'installation de 12 SFC en zone rurale en région DIANA selon la méthodologie d'installation des RHS en zone rurale développée par Santé Sud dont la pérennité a été démontrée (i). Il s'agira ensuite de former ces 12 SFC et 13 SFC déjà implanté-es en Analamanga à la prévention, au dépistage et à la prise en charge du VIH/SIDA, du cancer du col de l'utérus et du paludisme pour celles d'Analamanga, des trois pandémies et du cancer du col de l'utérus selon une approche sensible au genre et intégrée pour celles de la région DIANA (ii).

OS2 : Renforcer le continuum de soins en SDRS et lutte contre les 3 pandémies et le col de l'utérus depuis le niveau communautaire à la référence selon une approche sensible au genre

Il s'agira de renforcer les structures de référence des 25 SFC pour assurer un continuum de soins de qualité intégrant les soins SSR et la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme pour les 13 SFC d'Analamanga et la lutte contre les trois pandémies et le cancer du col de l'utérus pour les 12 SFC de DIANA (i), de sensibiliser et d'accompagner les communautés des aires de santé des SFC sur la SDRS, les trois pandémies et le cancer du col de l'utérus (ii). Il s'agira aussi de renforcer l'OSC Malgache MAD'AIDS (iii).

Bénéficiaires directs :

- 55 000 personnes touchées par les sensibilisations (dont 50.68% de femmes) ;
- 8 300 jeunes de 15 à 24 ans en DIANA dont 50.68% de filles ;
- 11 300 personnes dans les deux régions bénéficiant de dépistage sur le VIH-SIDA ciblé sur les femmes enceintes et leurs bébés et les jeunes par les sages-femmes des CAC et des CSB dont 5 700 femmes enceintes et 5 600 jeunes ;
- 15 000 personnes bénéficiant d'un dépistage du paludisme par les sages-femmes communautaires dont 50,68% de femmes ;
- 1 600 tousseurs orientés vers un test de tuberculose dans le cabinet d'accouchement communautaire en DIANA, dont 33% de femmes ;
- 2 000 femmes en âge de reproduction, bénéficiant d'un dépistage du cancer du col de l'utérus.
- 110 personnels de santé (60% de femmes et 40% d'hommes) :
- 50 sages-femmes dont 25 en cabinets d'accouchement privés et 25 en CSB publics ;
- 48 personnels des centres hospitaliers de référence ;
- 16 équipes de management des districts (EMAD) de Ambanja, Ankazobe, Anjozorobe, Manjakandriana
- 100 Agents Communautaires ;
- 16 médiateurs VIH-SIDA de MAD'AIDS ;
- 100 JPE dont 60% de filles ;



SANTÉSUD

GroupesOS



- 176 personnes du réseau MAD'AIDS et des associations du réseau seront également renforcés, dont 47 membres de l'association FIFAFI en DIANA et 70 de l'association FIFAFI en Analamanga, et 59 personnels du réseau MAD'AIDS (niveau central).

Bénéficiaires indirect.es :

- 250 000 personnes des 25 communes, dont 126 74600 femmes ;
- 50 000 personnes desservies par les 25 sages-femmes communautaires, bénéficiant des messages de sensibilisation, des actions de prévention, de dépistage, de prise en charge, ou de suivi ;
 - dont 8 300 jeunes desservies par les sages-femmes communautaires dont 4 200 filles ;
- 436 personnes vivant avec le VIH-SIDA dont 256 jeunes ;
- 67 personnes vivant avec la tuberculose dont 22 femmes ;
- 11 760 personnes atteintes du paludisme dont 50% de femmes.

L'ENQUÊTE BASELINE ET ENDLINE INCLUANT CAP

3.1- Objectifs de l'étude

Objectif général : Réaliser un état des lieux de la situation en début et en fin de projet en mesurant les indicateurs des cadres logiques et évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des populations cibles sur la santé maternelle et infantile (incluant la nutrition de la mère et de l'enfant durant les « 1 000 premiers jours »); la santé, les droits sexuels et reproductifs ainsi que les 3 pandémies (VIH-Sida, paludisme, tuberculose) et le cancer du col de l'utérus.

Objectifs spécifiques :

En orange, les objectifs spécifiques de Bien-Naître (lot 1), en noir ceux de PluriElles (Lot 1 et 2).

- Mesure des indicateurs du cadre logique et mesure des indicateurs complémentaires de chaque projet tels qu'indiqués à la page suivante (voir tableau). La liste des indicateurs est à titre indicatif et n'est pas exhaustive.
- Analyser la perception, les attitudes et les pratiques des familles, des hommes, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer sur l'accouchement assisté par une ressource humaine en santé ;
- Analyser la connaissance, les attitudes et les pratiques des femmes sur la CPN, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ; des familles sur la nutrition de la mère et de l'enfant durant les « 1000 premiers jours », avec un regard attentif aux impacts du genre sur ces pratiques ;
- Analyser la perception, les attitudes et les pratiques des parents, des adolescent-es et des jeunes ainsi que des prestataires sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes, en examinant leurs vulnérabilités et les risques associés aux abus et des violences basées sur le genre ;
- Analyser la perception, les attitudes et les pratiques des familles, des hommes, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer sur le dépistage et la prise en charge des 3 pandémies (VIH-Sida, paludisme, tuberculose) et cancer du col de l'utérus, en désagrégant les données (âge et sexe).
- Identifier auprès des communautés les freins à l'utilisation des aires de santé aux services de santé sexuelle, reproductive et infantile et à la prise en charge des violences basées sur



SANTÉSUD

GroupesOS



le genre; ainsi qu'aux services de lutte contre la malnutrition, en s'assurant d'inclure les groupes les plus marginalisés.

- Identifier auprès des communautés les freins à l'utilisation des aires de santé aux services de santé sexuelle, reproductive et à la prise en charge des 3 pandémies et du cancer du col de l'utérus
- Formuler des recommandations et orientations opérationnelles visant à renforcer la demande de soins et à améliorer la fréquentation et l'utilisation des services pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile, en intégrant des stratégies spécifiques pour assurer la prévention des violences basées sur le genre.
- Formuler des recommandations et orientations opérationnelles visant à renforcer la demande de soins et à améliorer la fréquentation et l'utilisation des services pour l'amélioration de la santé des personnes vivant avec le VIH, paludisme, tuberculose et le cancer du col de l'utérus, en prenant en compte les besoins spécifiques des femmes et groupes vulnérables.

Projet	Objectif	Indicateurs	DIANA	Analamanga (13 CAC PluriElles ; 18 CAC Bien Naître)	Baseline	Endline
Plurielles	OS1 : Développer une offre de soins de proximité en zone rurale, prenant en compte de manière spécifique les besoins des femmes, des hommes et des jeunes, axée sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, et intégrant la lutte contre les trois pandémies et le cancer du col de l'utérus	Nombre de consultations prénatales annuel sur les zones ciblées en DIANA. Désagrégé par tranche d'âge : moins de 15 ans, 15 à 17 ans, et plus de 18 ans	X		X	X
		Nombre de cas dépistés positifs VIH (dont femmes enceintes), paludisme et cancer col de l'utérus désagrégé par genre par les 25 SFC en DIANA et Analamanga. Désagrégé par âge et genre.	X	X	X	X
		Nombre de cas dépistés positifs tuberculose par les 10 SFC en DIANA. Désagrégé par genre.	X		X	X
		Part de la population des zones ciblées en DIANA jugeant satisfaisants la disponibilité et de qualité des soins. Désagrégé par genre et par tranches d'âge.	X		X	X
	OS2 : Renforcer le continuum de soins en SDSR et lutte contre les 3 pandémies et le col de l'utérus depuis le niveau communautaire à la référence selon une approche sensible au genre	Proportion de la population des aires couvertes en DIANA qui disposent de connaissances avérées et ont des pratiques et attitudes requises en matière de SDSR, lutte contre les 3 pandémies et lutte contre le cancer du col de l'utérus, désagrégé par genre et tranche d'âge.	X		X	X
		Proportion de la population des aires couvertes en Analamanga qui disposent de connaissances avérées et ont des pratiques et attitudes requises en matière de lutte contre le VIH et le cancer du col de l'utérus désagrégé par genre et tranche d'âge.		X	X	X
Bien-Naître	OG : Promouvoir des mécanismes innovants, intégrés et coordonnés pour renforcer l'accès des populations, particulièrement des femmes, des jeunes et des enfants de moins de 5 ans, à des soins de	Proportion d'accouchements assistés par une ressource humaine en santé qualifiée sur la zone cible du projet		X	X	X



SANTÉSUD

GroupesOS



qualité en zone rurale à Madagascar					
OS1 : Contribuer à une offre de soins de qualité de proximité, en renforçant le continuum de soins intégré du niveau communautaire à la référence	Taux de satisfaction des patient-es des CAC, ventilé par genre et âge		X	X	X
	Taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois		X	X	X
	Proportion de la population ciblée par le projet adoptant de bonnes pratiques en santé désagrégé par genre et par âge		X	X	X
	Pourcentage d'augmentation des revenus des anciennes SFC		X	X	X
	Pourcentage d'augmentation des connaissances en SDSRI des communautés ciblées par le projet désagrégé par genre et par âge		X	X	X
	Taux des mères d'enfants de plus de 6 mois interrogées pouvant citer au moins 3 recettes diversifiées et équilibrées		X	X	X
Indicateurs complémentaires – à définir lors du cadrage					

Sur fond orange, des données sont déjà disponibles suite aux enquêtes endline de la phase 1, à intégrer dans le rapport d'enquête. A noter : ces indicateurs sont disponibles pour 13 CAC mais il n'y a pas encore de données disponibles pour les 5 nouveaux sites identifiés dans le cadre du projet Bien Naître où les données devront être récoltées.



3.2- Livrables attendus

Lot 1:

- Note de cadrage portant une attention particulière à la méthode de collecte de données envisagée, à la définition d'indicateurs de perception, capacités et pratiques de manière à répondre aux objectifs spécifiques énoncés dans la 3.1 et à l'analyse de données collectées, suivant les projets
- Rapport provisoire et une présentation en format Powerpoint pour présenter à Santé Sud et partenaires avant la restitution du rapport final
- Rapport final ; incluant analyse de données et résultats, identification des différents freins de fréquentation & accès aux soins ; recommandations opérationnelles et classant les indicateurs par projet et une présentation en format Powerpoint pour présenter à Santé Sud et partenaires avant la restitution du rapport

Lot 2:

- Note de cadrage portant une attention particulière à la méthode de collecte de données envisagée, à la définition d'indicateurs de perception, capacités et pratiques de manière à répondre aux objectifs spécifiques énoncés dans la 3.1 et à l'analyse de données collectées, suivant les projets
- Rapport provisoire
- Rapport final PluriElles (mené en collaboration avec le prestataire lot 1 le cas échéant) ; incluant analyse de données et résultats, identification des différents freins de fréquentation & accès aux soins ; recommandations opérationnelles

3.3- Méthodologie

La méthode attendue pour cette enquête comprendra les étapes ci-après pour chaque enquête (*baseline, lot 1 et 2 et endline, lot 1 et 2*). L'intégration de ces étapes devra clairement ressortir dans le calendrier détaillé d'exécution de l'enquête inclus dans la proposition technique et financière des candidat-es.

- 1- **Identification de la population à interroger.** C'est une étape incontournable de l'enquête puisque c'est à partir de cela que sont déterminés la taille de l'échantillon, le temps nécessaire pour collecter les données, le type d'interviews et aussi le nombre de questionnaires à développer. Cette étape sera en lien étroit avec les équipes des projets Bien Naître et PluriElles. L'identification de la population à interroger devra impérativement permettre la collecte de données désagrégées par sexe et par âge l'échantillon en assurant une répartition équitable des différents groupes visés, avec une tranche de population intégrant également les jeunes et adolescent.es. Les populations cibles suivantes devront impérativement être intégrées dans la méthodologie proposée :
 - o Les femmes enceintes et en âge de procréer ;



SANTÉ SUD

GroupesOS



- Les parents dont les familles mono-parentales
 - Les adolescent·es et les jeunes (garçons et filles, non scolarisé·es, scolarisé·es, marié·es, non marié·es)
 - Les prestataires de santé (hommes et femmes), notamment les sages-femmes communautaires, et les sages-femmes de leurs CSB de rattachement
 - Les responsables de santé de la commune (hommes et femmes), du district, ou de la région concernée
- 2- **Sélection de l'échantillonnage.** En définissant ce qui est inclus dans l'étude et combien de personnes sont nécessaires à l'étude, l'échantillonnage devrait chercher la représentativité de la population totale et de préciser les résultats. L'échantillonnage retenu devra démontrer sa pertinence pour la mesure des indicateurs attendus et permettre une comparaison pertinente et cohérente entre les données collectées au démarrage du projet (*baseline*) et en fin de projet (*endline*). L'échantillonnage devra impérativement permettre la collecte de données désagrégées pas sexe et par âge, avec une tranche de population incluant les jeunes et les adolescent·es; et d'évaluer les changements significatifs des indicateurs mesurés tout en tenant compte des dynamiques de genre qui peuvent influencer les résultats.
- 3- **Organisation et définition de la méthodologie.** La méthodologie de l'étude fournit les différentes étapes par lesquelles l'étude devra passer (qui l'on veut étudier, et quoi, comment, quand et où l'enquête sera mise en place). La méthodologie doit expliquer clairement et de manière concise le propos de l'étude. La méthodologie est un outil nécessaire qui permet de structurer et d'organiser l'étude. Elle est avant tout un document de travail en interne mais elle peut aussi être soumise aux parties prenantes. La méthodologie doit inclure un plan de travail détaillé comprenant le chronogramme, ainsi que la planification du budget et de la logistique nécessaire à la mise en place de l'étude. Une attention particulière sera accordée à cette étape car la méthodologie sera reconduite lors de l'enquête finale pour faciliter une comparaison des résultats. La méthodologie doit prendre en compte que les personnes à interroger en endline, doivent idéalement être les mêmes que celles interrogées en baseline, pour pouvoir suivre leur évolution. Elle doit donc avoir une méthode pour retrouver les mêmes ménages, au moment de la endline. La méthodologie détaillée sera définie par le prestataire en fonction des besoins spécifiques de l'enquête. Il est toutefois recommandé d'adopter une approche mixte, combinant un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le volet quantitatif permettrait de collecter des données afin de renseigner les indicateurs du projet, tandis que le volet qualitatif offrirait une analyse plus approfondie des expériences et perceptions des différents groupes et des résultats obtenus et servirait également à identifier des leviers d'action pour l'élaboration de recommandations opérationnelles et pertinentes, visant à renforcer la demande de soins au sein des populations cibles.
- 4- **Note de cadrage.** Le prestataire devra proposer une note de cadrage de l'enquête, soumise après la phase de préparation et briefings en amont de la phase de terrain. Cette note de cadrage devra présenter la méthodologie détaillée, le plan de travail ainsi que les outils proposés pour la mise en œuvre de l'étude (questionnaires, entretiens ...) par lot. Les outils devront être inclusifs et adaptés aux besoins spécifiques des différentes populations cibles de l'étude, en tenant compte des différences d'âges et de genre. La note et les outils devront être soumis aux équipes de Santé Sud en amont de la mise en œuvre de l'enquête.
- 5- **Mise en œuvre de l'enquête.** La mise en œuvre de l'enquête devra impérativement permettre la collecte des données désagrégée par sexe et par âge, avec une tranche de population incluant les adolescent·es et les jeunes. Les données collectées font partie des livrables de l'enquête et devront être remises à Santé Sud.



- 6- **Analyse des données.** L'analyse des données devra tenir compte du fait que chaque résultat obtenu peut soit s'appliquer à l'ensemble de la population soit être significativement différent selon les sous-groupes de population de l'étude. Il est en ce sens impératif que l'analyse quantitative des données soit effectuée de manière désagrégée par sexe et par âge, afin de mettre en lumière les spécificités et inégalités entre les différents groupes. La dernière étape consistera à interpréter les résultats et identifier des recommandations en lien avec l'objectif et les résultats attendus de l'enquête, en veillant encore à ce que ces recommandations soient adaptées aux différents besoins de chaque groupe cible.
- 7- **Rédaction du rapport de l'étude.** Il ne devra pas dépasser 60 pages hors annexes par lot et devra comprendre *a minima* :
- Titre
 - Auteur.e.s
 - Sommaire
 - Liste d'abréviations et acronymes
 - Résumé exécutif (5 pages maximum)
 - Introduction (contexte de l'enquête)
 - Méthodologie
 - Résultats
 - Discussion
 - Limitations de l'étude
 - Conclusion et recommandations
 - Références
 - Annexes (TdR, base de données brute, tableau récapitulatif des indicateurs)
- 8- **Restitution des résultats de l'étude :**
- Une restitution intermédiaire sera organisée en présence de l'équipe de Santé Sud sur base d'une présentation Power Point réalisée par le-la consultant-e ou le cabinet d'étude. Le rapport de l'étude provisoire sera transmis à Santé Sud au minimum une semaine avant la restitution intermédiaire afin que l'équipe du projet puisse en prendre connaissance.
 - Des allers-retours entre le-la consultant-e ou le cabinet d'étude auront lieu pour intégrer les commentaires et compléments demandés par Santé Sud dans le rapport de l'étude.
 - Une restitution sera organisée en présence des bailleurs avant validation finale du rapport de l'étude finale par Santé Sud. Une présentation du Power Point sera réalisée par le-la consultant-e ou le cabinet d'étude pour servir de support à cette restitution.

3.4 – Zone de conduite de l'étude

L'étude se déroulera dans 3 districts de la région Analamanga ciblés par le projet : Ankazobe, Anjzorobe et Manjakandriana et dans le district d'Ambanja dans la région Diana.

Carte d'implantation des CAC dans la région Analamanga à titre indicatif :



3.5 – Calendrier de l'étude

Remise de l'étude *baseline* incluant CAP au plus tard le 31/03/2024, sauf contre-indication communiquée par Santé Sud.

Remise de l'enquête CAP *endline* au plus tard le 31/03/2027 pour Bien Naître et le 31/07/2027 pour PluriElles, sauf contre-indication communiquée par Santé Sud.

COMPOSITION DES PROPOSITIONS TECHNIQUES ET FINANCIÈRES

4.1 – Profil et compétences attendues

Un.e consultant.e national.e / Une équipe de consultant.es / Un ou plusieurs bureaux d'étude démontrant les compétences et expériences suivantes :

- Expertise d'au moins 5 ans en méthodologie d'enquête quantitative et qualitative
- Expérience et capacités de recueil et traitement de données
- Expertise en sociologie / anthropologie et santé publique
- Expérience en prise de mesures anthropométriques
- Expertise en économie, statistiques et économétrie seraient en plus
- Connaissances des problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive; et la santé maternelle, néonatale et infantile et à la nutrition
- Connaissances des problématiques liées aux pandémies de VIH-Sida, paludisme, tuberculose
- Connaissance des problématiques liées au cancer du col de l'utérus
- Connaissance des problématiques liées à l'égalité de genre et aux violences basées sur le genre
- Connaissance de Madagascar et spécifiquement des zones d'intervention du projet
- Expériences préalables dans la conduite d'études / d'enquête de santé publique
- Capacité à se positionner sur les 2 lots
- Autonomie et initiative
- Esprit d'analyse et de synthèse

4.2- Présentation des offres

4.2.1 – Offre technique (maximum 30 pages, hors annexes)

Les candidat.es sont prié.es d'introduire leur dossier reprenant les éléments suivants en langue française:

- Lettre de motivation
- CV détaillé présentant les références et expériences similaires. En cas de candidature d'une équipe ou d'un bureau d'étude, CV du/de la chef.fe d'équipe et de chacune des personnes mobilisées pour la conduite de l'étude
- Note méthodologique sur l'exécution de la prestation montrant la bonne compréhension des termes de référence de la mission, du contexte et des enjeux de l'enquête, la méthodologie détaillée de conduite de l'étude et intégrant une proposition détaillée pour le calendrier de mise en œuvre



- 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.es sera grandement apprécié

4.2.2 – Offre financière (détaillée et libellée en Ariary et faisant apparaître à minima les rubriques suivantes maximum 1 page)

- Honoraires
- Frais de déplacement et de perdiem
- Autres dépenses

Le/la prestataire devra utiliser son propre matériel informatique. Le/la prestataire doit prévoir ses moyens de communication : téléphone portable, magnétophones, etc.

Pour cette mission, Santé Sud dispose d'un **budget maximum de 55 000€ TTC**, tous frais confondus, couvrant l'étude y compris l'enquête *CAP baseline* et *endline* lot 1 et lot 2.

Dans l'éventualité où deux prestataires seraient retenus, la collaboration entre les deux prestataires sera obligatoire et contractuelle : des réunions seront organisées afin de convenir, en concertation, des indicateurs à utiliser ainsi que des modalités de mise en œuvre et méthodologie de l'enquête sur les indicateurs conjoints aux deux géographies.

L'offre doit être adressée à Santé Sud par mail à lucie.leaute@santesud.org, copie à ap3@santesud.org au plus tard le 10 décembre 2024 à 18h, heure de Madagascar, en précisant dans l'objet du mail le ou les lots sur lesquels le/la prestataire soumissionne.

Seuls les soumissionnaires présélectionnés seront contactés.

Santé Sud se réserve le droit : (i) de ne pas attribuer le marché ; (ii) d'organiser des entretiens avec les consultant.e.s présélectionné.e.s afin de mieux apprécier leur offre technique et financière et (iii) de négocier les propositions avec les candidat.e.s présélectionné.e.s.

4.2.3 – Grille d'évaluation

Critères	Note sur
Qualité de la proposition méthodologique décrivant l'approche et les outils pour la réalisation de toutes les étapes de la prestation	/40
Expériences / Références sur la thématique / Zone d'intervention	/30
Clarté et pertinence des ressources mobilisées pour la prestation	/20
Capacité à se positionner sur les deux lots	/10
TOTAL	/100

Pour que son offre soit régulière, le soumissionnaire doit obtenir une note de minimum 70/100 points pour son offre technique.

Une offre qui n'obtient pas au moins 70 points sera écartée.

La note à attribuer aux offres financières sera faite selon la formule suivante :



SANTÉSUD
GroupesOS



Nf = (Mn/M) dans laquelle :

Nf= Note financière

Mn= Montant de l'offre financière la moins-disante

M= Montant de l'offre financière considérée.

Chaque offre sera évaluée selon la formule : $N = 70\%Nt + 30\% Nf$.

ANNEXES

Annexe 1. Déclaration d'intégrité

Annexe 1 : Déclaration d'intégrité, d'éligibilité et d'engagement environnemental et social

Intitulé de l'appel d'offres : _____ (le « **Marché** »)

A : _____ (le « **Maître d'Ouvrage** »)

1. Nous reconnaissons et acceptons que l'Agence Française de Développement (l'« **AFD** ») ne finance les projets du Maître d'Ouvrage qu'à ses propres conditions qui sont déterminées par la convention de financement qui la lie au Maître d'Ouvrage. En conséquence, il ne peut exister de lien de droit entre l'AFD et notre entreprise, notre groupement et nos sous-traitants. Le Maître d'Ouvrage conserve la responsabilité exclusive de la préparation et de la mise en oeuvre du processus de passation de ses marchés et de leur exécution ultérieure.

2. Nous attestons que nous ne sommes pas, et qu'aucun des membres de notre groupement et de nos sous-traitants n'est, dans l'un des cas suivants :

- 1.1. être en état ou avoir fait l'objet d'une procédure de faillite, de liquidation, de règlement judiciaire, de sauvegarde, de cessation d'activité ou être dans toute situation analogue résultant d'une procédure de même nature ;
- 1.2. avoir fait l'objet d'une condamnation prononcée depuis moins de cinq ans par un jugement ayant force de chose jugée dans le pays de réalisation du projet pour l'un des actes visés aux articles 6.1 à 6.4 ci-après ou pour tout délit commis dans le cadre de la passation ou de l'exécution d'un marché ;
- 1.3. figurer sur les listes de sanctions financières adoptées par les Nations Unies, l'Union européenne et/ou la France, notamment au titre de la lutte contre le financement du terrorisme et contre les atteintes à la paix et à la sécurité internationales ;
- 1.4. en matière professionnelle, avoir commis au cours des cinq dernières années une faute grave à l'occasion de la passation ou de l'exécution d'un marché ;
- 1.5. n'avoir pas rempli nos obligations relatives au paiement des cotisations de sécurité sociale ou nos obligations relatives au paiement de nos impôts selon les dispositions légales du pays où nous sommes établis ou celles du pays du Maître d'Ouvrage ;
- 1.6. avoir fait l'objet depuis moins de cinq ans d'une condamnation par un jugement ayant force de chose jugée pour l'un des actes visés aux articles 6.1 à 6.4 ci-après ou pour tout délit commis dans le cadre de la passation ou l'exécution d'un marché financé par l'AFD ;
- 1.7. être sous le coup d'une décision d'exclusion prononcée par la Banque mondiale, à compter du 30 mai 2012, et figurer à ce titre sur la liste publiée à l'adresse électronique <http://www.worldbank.org/debarr22> ;
- 1.8. s'être rendu coupable de fausses déclarations en fournissant les renseignements exigés dans le cadre du processus de passation du Marché.

Dans l'hypothèse d'une telle condamnation, vous pouvez joindre à cette Déclaration d'Intégrité les informations complémentaires qui permettront d'estimer que cette condamnation n'est pas pertinente dans le cadre du marché financé par l'AFD.

Dans l'hypothèse d'une telle décision d'exclusion, vous pouvez joindre à cette Déclaration d'Intégrité les informations complémentaires qui permettront d'estimer que cette décision d'exclusion n'est pas pertinente dans le cadre du marché financé par l'AFD.

2. Nous attestons que nous ne sommes pas, et qu'aucun des membres de notre groupement et de nos sous-traitants n'est, dans l'une des situations de conflit d'intérêt suivantes :

- 2.1. actionnaire contrôlant le Maître d'Ouvrage ou filiale contrôlée par le Maître d'Ouvrage, à moins que le conflit en découlant ait été porté à la connaissance de l'AFD et résolu à sa satisfaction.
- 2.2. avoir des relations d'affaires ou familiales avec un membre des services du Maître d'Ouvrage impliqué dans le processus de sélection ou le contrôle du marché en résultant, à moins que le conflit en découlant ait été porté à la connaissance de l'AFD et résolu à sa satisfaction ;
- 2.3. 3.3. contrôler ou être contrôlé par un autre soumissionnaire, être placé sous le contrôle de la même entreprise qu'un autre soumissionnaire, recevoir d'un autre soumissionnaire ou attribuer à un autre soumissionnaire directement ou indirectement des subventions, avoir le même représentant légal qu'un autre soumissionnaire, entretenir directement ou indirectement des contacts avec un autre soumissionnaire nous permettant d'avoir et de donner accès aux informations contenues dans nos offres respectives, de les influencer, ou d'influencer les décisions du Maître d'Ouvrage ;
- 2.4. 3.4. être engagé pour une mission de conseil qui, par sa nature, risque de s'avérer incompatible avec nos missions pour le compte du Maître d'Ouvrage ;
- 2.5. 3.5. dans le cas d'une procédure ayant pour objet la passation d'un marché de travaux ou de fournitures :

i. avoir préparé nous-mêmes ou avoir été associés à un consultant qui a préparé des spécifications, plans, calculs et autres documents utilisés dans le cadre du processus de mise en concurrence considéré ;

ii. être nous-mêmes, ou l'une des firmes auxquelles nous sommes affiliées, recrutés, ou devant l'être, par le Maître d'Ouvrage pour effectuer la supervision ou le contrôle des travaux dans le cadre du Marché.

4. Si nous sommes un établissement public ou une entreprise publique, nous attestons que nous jouissons d'une autonomie juridique et financière et que nous sommes gérés selon les règles du droit commercial.

5. Nous nous engageons à communiquer sans délai au Maître d'Ouvrage, qui en informera l'AFD, tout changement de situation au regard des points 2 à 4 qui précèdent.

6. Dans le cadre de la passation et de l'exécution du Marché :

- 1.1. Nous n'avons pas commis et nous ne commettrons pas de manœuvre déloyale (action ou omission) destinée à tromper délibérément autrui, à lui dissimuler

intentionnellement des éléments, à surprendre ou vicier son consentement ou à lui faire contourner des obligations légales ou réglementaires et/ou violer ses règles internes afin d'obtenir un bénéfice illégitime.

- 1.2. Nous n'avons pas commis et nous ne commettrons pas de manœuvre déloyale (action ou omission) contraire à nos obligations légales ou réglementaires et/ou nos règles internes afin d'obtenir un bénéfice illégitime.
- 1.3. 6.3. Nous n'avons pas promis, offert ou accordé et nous ne promettrons, offrirons ou accorderons pas, directement ou indirectement, à (i) toute personne détenant un mandat législatif, exécutif, administratif ou judiciaire au sein de l'Etat du Maître d'Ouvrage, qu'elle ait été nommée ou élue, à titre permanent ou non, qu'elle soit rémunérée ou non et quel que soit son niveau hiérarchique, (ii) toute autre personne qui exerce une fonction publique, y compris pour un organisme public ou une entreprise publique, ou qui fournit un service public, ou (iii) toute autre personne définie comme agent public dans l'Etat du Maître d'Ouvrage, un avantage indu de toute nature, pour lui-même ou pour une autre personne ou entité, afin qu'il accomplisse ou s'abstienne d'accomplir un acte dans l'exercice de ses fonctions officielles.
- 1.4. 6.4. Nous n'avons pas promis, offert ou accordé et nous ne promettrons, offrirons ou accorderons pas, directement ou indirectement, à toute personne qui dirige une entité du secteur privé ou travaille pour une telle entité, en quelque qualité que ce soit, un avantage indu de toute nature, pour elle-même ou pour une autre personne ou entité, afin qu'elle accomplisse ou s'abstienne d'accomplir un acte en violation de ses obligations légales, contractuelles ou professionnelles.
- 1.5. 6.5. Nous n'avons pas commis et nous ne commettrons pas d'acte susceptible d'influencer le processus de passation du Marché au détriment du Maître d'Ouvrage et, notamment, aucune pratique anticoncurrentielle ayant pour objet ou pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence, notamment en tendant à limiter l'accès au Marché ou le libre exercice de la concurrence par d'autres entreprises.
- 1.6. 6.6. Nous-mêmes, ou l'un des membres de notre groupement, ou l'un des sous-traitants n'allons pas acquérir ou fournir de matériel et n'allons pas intervenir dans des secteurs sous embargo des Nations Unies, de l'Union européenne ou de la France.
- 1.7. 6.7. Nous nous engageons à respecter et à faire respecter par l'ensemble de nos sous-traitants les normes environnementales et sociales reconnues par la communauté internationale parmi lesquelles figurent les conventions fondamentales de l'Organisation Internationale du travail (OIT) et les conventions internationales pour la protection de l'environnement, en cohérence avec les lois et règlements applicables au pays de réalisation du Marché. En outre, nous nous engageons également à mettre en œuvre les mesures d'atténuation des risques environnementaux et sociaux telles que définies dans le plan de gestion environnementale et sociale ou, le cas échéant, dans la notice d'impact environnemental et social fournie par le Maître d'Ouvrage.

7. Nous-mêmes, les membres de notre groupement et nos sous-traitants autorisons l'AFD à examiner les documents et pièces comptables relatifs à la passation et à l'exécution du Marché et à les soumettre pour vérification à des auditeurs désignés par l'AFD.

Nom _____ En tant que _____

Signature

Dûment habilité à signer l'offre pour et au nom de _____

En cas de groupement, inscrire le nom du Groupement. La personne signant l'offre au nom du Soumissionnaire joindra à l'Offre le Pouvoir confié par le Soumissionnaire.

En date du _____ jour de _____