

Termes de références de l'évaluation finale du projet « Projet Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent-e-s et Jeunes au Burkina Faso »

Mars 2025

Fiche synoptique du projet

Titre du projet	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent-e-s et Jeunes au Burkina Faso
Organisme bénéficiaire du financement	Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
Source de financement	Pays Bas
Zones d'intervention	Boucle du Mouhoun, Centre Nord ; Est ; Nord ; Sahel.
Principales thématiques	<ul style="list-style-type: none"> • Santé de la Reproduction/Planification familiale ; • Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes ; • Autonomisation des femmes/ finance inclusive ; • Education à la vie familiale ; • Masculinité positive.
Ministères et ONGs Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de l'Economie et des Finances • Ministère de la santé ; • Ministère de l'Action Humanitaire et de la Solidarité Nationale ; • Ministère de l'éducation nationale, de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales ; • Marie Stopes Burkina Faso ; • Association Burkinabé pour le bien-être familiale
Bénéficiaires	<p>Porteurs de devoirs directs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorités ministérielles : Santé ; Jeunesse ; Promotion de la femme ; Enseignement • Autorités régionales et locales ciblées • Leaders coutumiers des zones ciblées/Chefs d'opinion • Personnel des centres de jeunes et des districts de santé ciblés • Acteurs intervenant dans le domaine de la santé <p>Porteurs de devoirs indirects :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parents • Leaders coutumiers et religieux • Réseau de jeunes • Collectivités territoriales
Type d'évaluation	Indépendante
Montant total	11 758 544 USD
Période théorique de mise en œuvre du projet	5 ans (Octobre 2020 à Septembre 2025)
Période effective de mise en œuvre du projet	5 ans (Octobre 2020 à Septembre 2025)

1. Contexte

Depuis la tenue au Caire en 1994 de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), l'approche visant l'amélioration des droits de la personne humaine en général et des droits des individus en matière de santé sexuelle et de la reproduction en particulier a été intégrée dans les priorités de développement au Burkina Faso. Cela s'est traduit par la mise en place d'un cadre légal approprié dont (i) la Loi N° 049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant Santé de la Reproduction ; (ii) loi n°030-2008/AN du 20 Mai 2008 portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et ; (iii) la loi N° 061-2015/CNT portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles, et prise en charge des victimes adoptée le 06 septembre 2015. Malgré ce cadre légal mis en place pour créer un environnement favorable au changement des normes sociales, des perceptions négatives portées à la sexualité des adolescent(e)s et jeunes, l'acceptation des violences du fait des "normes" et représentations sociales, et de l'insuffisance générale des connaissances sur ces droits, l'accès des adolescent(es) et des jeunes aux services de santé de la reproduction et leur recours à la justice en cas de violence restent toujours un défi, limitant ainsi l'expression de leurs droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction.

Ceci se traduit par une forte fécondité des adolescentes et jeunes. En effet, selon l'enquête Multisectorielle, Module Démographie et Santé réalisée par l'institut national de la statistique et de la démographie en 2015, le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans est de 117 pour mille ; ce taux est de 241 pour mille pour les adolescentes de 20-24 ans. L'analyse au niveau régional montre que sur les treize (13) régions, neuf (9) ont des niveaux de prévalence contraceptive en dessous de la moyenne nationale qui est de 24%. Les niveaux les plus faibles sont observés au Sahel (11,1%), au Centre Nord (14,3%), à l'Est (18,6%), dans la Boucle du Mouhoun (20,8%) et au Nord (21,1%). Dans ces régions, les niveaux de la demande satisfaite sont également faibles. En effet, dans la région du Sahel, seulement 36,2% de la demande en matière de planification familiale est satisfaite. Ce niveau est de 38% dans le Centre Nord ; 47,4% à l'Est ; 47,7% dans la Boucle du Mouhoun et 50,2% dans la région du Nord. Par ailleurs, selon l'EDS IV, le pourcentage des adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde (ont eu une naissance vivante ou enceintes d'un premier enfant) était de 23,8% pour l'ensemble du pays avec une prépondérance en milieu rural (29,2%) par rapport au milieu urbain (12,6%). Cette forte fécondité s'explique en partie par l'accès limité ou inexistant aux services et aux informations en matière de santé et droit sexuels et reproductifs de qualité et confidentiels notamment la contraception. Celle-ci engendre des conséquences néfastes sur la santé de ce groupe cible, notamment la précocité des rapports sexuels non protégés chez les adolescentes et les jeunes, les grossesses précoces et non désirées, les IST et le VIH/SIDA. En outre, 68,6% des filles adolescentes et jeunes de 15-24 ans ont déjà eu des rapports sexuels dont 44% pour les 15-19 ans et 93% pour les 20-24 ans.

Les mutilations génitales féminines (MGF) et le mariage des enfants sont fréquemment pratiqués par la quasi-totalité des communautés. Ces pratiques néfastes ont des répercussions négatives sur les droits sexuels et reproductifs des femmes notamment des jeunes filles. En effet, on estime que chaque année, 800 femmes sont victimes des fistules obstétricales au

Burkina Faso et que 65% de ces cas de fistules obstétricales se produisent chez les filles de moins de 18 ans. En ce qui concerne le mariage des enfants, il entraîne la déscolarisation des filles ; toutes choses qui renforcent la restriction de leurs connaissances, de leurs compétences et, secondairement perpétuent les inégalités de sexes. Dans le domaine de la lutte contre les violences basées sur le genre, l'UNFPA, depuis 2015, assure le lead du sous cluster VBG en situation d'urgence humanitaire et coordonne les activités du groupe de travail SSR au niveau du Système des Nations Unies. Beaucoup d'actions sont conduites à ce niveau en situation de développement comme en situation d'urgence humanitaire plus particulièrement dans les régions du Nord, du Sahel, de la Boucle du Mouhoun et du Centre Nord. Elles s'appuient sur des agents de changement, les médias, les leaders religieux et des organisations de la société civile.

Malgré les efforts déployés ces dernières années par le gouvernement et ses partenaires au développement, de nombreux défis persistent pour le plein exercice des droits en matière de santé sexuelle et reproductive et pour l'accès à l'information et à des services de qualité en matière de SRAJ et de lutte contre les violences basées sur le genre. Nombreux sont ceux et celles qui ne bénéficient pas d'accès à un éventail de services de qualité, en particulier des services liés à la grossesse et à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH et des autres IST, à la prise en charge des VBG. L'après-2015 offre donc au Burkina Faso la possibilité pour impulser la promotion du développement et les engagements relatifs aux droits humains.

Ainsi, du fait de sa longue expérience et son expertise dans ces domaines, l'UNFPA a bénéficié d'un financement du Royaume des Pays Bas pour la mise en œuvre d'un projet dénommé « Projet Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent-e-s et Jeunes au Burkina Faso ».

Comme dans tout dispositif normal de gestion de projet, une évaluation finale s'impose en vue de mesurer les changements observés durant la mise en œuvre du projet. C'est dans cette optique que l'UNFPA commandite cette évaluation finale externe. Le but étant d'apprécier dans quelle mesure les activités développées et les méthodes /approches utilisées dans le cadre de ce projet ont permis d'atteindre les résultats escomptés et qui pourraient être capitalisées dans le cadre d'autres inventions.

2. Résultats et principales stratégies d'intervention du projet

Le but du projet est de Contribuer à l'amélioration de l'accès des adolescent-e-s et des jeunes des régions de la Boucle du Mouhoun, de l'Est, du Nord, du Sahel et du Centre Nord à l'information et aux prestations de services de SR/PF de qualité à travers le renforcement de leur autonomisation, de l'offre des services et la promotion d'un environnement favorable. Pour ce faire, le projet adressera les questions relatives aux droits et services de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent-e-s et des jeunes à travers trois résultats stratégiques :

- **Résultat 1** : Les adolescent-e-s et les jeunes scolarisés et non scolarisés y compris les personnes déplacées internes (PDI) de la zone d'intervention sont dotés de

compétences de vie courante, capables de faire des choix responsables et d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs ;

- **Résultat 2.** : Les structures sanitaires publiques, privées et les services à base communautaire de la zone d'intervention, y compris celle à défis sécuritaires et humanitaires offrent des prestations de qualité adaptées aux besoins spécifiques des adolescent-e-s et des jeunes ;
- **Résultat 3** : L'environnement favorable à l'exercice par les adolescent-e-s et jeunes de la zone d'intervention de leurs droits sexuels et reproductifs est renforcé.

Pour atteindre ces résultats, cinq stratégies ont été utilisées : (i) accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive à travers les technologies de l'information et de la communication (TIC) ; (ii) mise en œuvre de l'éducation sexuelle complète y compris la gestion hygiénique des menstrues à l'école (dans les programmes d'enseignement) et hors école (espaces sûrs, clubs scolaires) et le renforcement des compétences de vie courante ; (iii) leadership et autonomisation économique des adolescent-e-s et jeunes ; (iv) intégration de l'offre des services de SR/PF, de VIH/SIDA, IST, VBG dans les structures publiques comme privées et le développement des services à base communautaire ; (v) mise en place d'un environnement favorable aux changements de normes en faveur des droits, de la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et jeunes.

3. Objectifs et champ de l'évaluation

3.1. Objectifs de l'évaluation

La présente évaluation finale a **deux objectifs principaux qui sont** :

- Fournir aux parties prenantes une appréciation indépendante de la performance globale, des changements opérés à travers les produits, des effets des interventions en faveur des populations cibles et analyser les stratégies de mises en œuvre du projet ;
- Tirer les enseignements, identifier et documenter les bonnes pratiques afin de formuler des recommandations pertinentes pour l'amélioration des interventions futures.

De façon spécifique, il s'agira de :

- Apprécier l'atteinte des objectifs du projet en référence aux indicateurs du cadre des résultats ;
- Apprécier le niveau d'évolution des indicateurs mesurés lors de l'étude de base ;
- Analyser et documenter les changements identifiés suite à la mise en œuvre du projet qu'ils soient prévus ou non, positifs ou négatifs ;
- Apprécier l'efficacité et la viabilité des stratégies majeures (finance inclusive ; éducation à la vie familiale ; masculinité positive) mises en œuvre dans le cadre du projet ;
- Fournir une analyse détaillée des facteurs explicatifs du niveau de performance atteint ;

- Apprécier le niveau d'appropriation des interventions du projet par l'ensemble des parties prenantes ;
- Identifier et documenter les bonnes pratiques ainsi les leçons apprises relatives à la conception, à la mise en œuvre, à la gestion et aux résultats du projet ;
- Apprécier l'approche globale utilisée pour la mise en œuvre des activités du projet au regard des résultats atteints ou non atteints et formuler des recommandations pertinentes.

3.2. Zone de couverture de l'évaluation

L'évaluation devra couvrir 28 districts sanitaires répartis dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : zone de couverture de l'enquête

Boucle du Mouhoun	Centre-Nord	Est	Nord	Sahel
DS Boromo	DS Barsalogho	DS Bogandé	DS Gourcy	DS Djibo
DS Dédougou	DS Boulsa	DS Diapaga	DS Ouahigouya	DS Dori
DS Nouna	DS Boussouma	DS Fada	DS Séguénéga	DS Gorom-Gorom
DS Solenzo	DS Kaya	DS Gayeri	DS Thiou	DS Sebba
DS Toma	DS Kongoussi	DS Manni	DS Titao	
DS Tougan	DS Tougouri	DS Pama	DS Yako	

Tableau 2 : Liste des indicateurs pour lesquels les valeurs doivent être déterminées

Résultats	Indicateurs
Effet : Les adolescent-e-s et les jeunes des régions de la Boucle du Mouhoun, de l'Est, du Nord, du Sahel et du Centre Nord utilisent davantage les services de santé sexuelle et de la reproduction et exercent leurs droits sans discrimination	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage des adolescentes de 15-19 ans et des jeunes de 20-24 ans (dont PDI) ayant commencé leur vie féconde 2. Pourcentage des besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les adolescentes de 15-19 ans et les jeunes de 20-24 ans (dont PDI)
Résultat 1 : Les adolescent-e-s et les jeunes scolarisés et non scolarisés y compris les PDI de la zone d'intervention sont dotés de compétences de vie courante pour faire des choix responsables et exercer leurs droits sexuels et reproductifs	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pourcentage d'adolescents et jeunes (filles et garçons dont PDI) qui ont accès à l'information sur la SRAJ, l'environnement, les addictions, et le leadership à travers les TIC (QG Jeune ; Facebook, etc.) 4. Pourcentage des adolescentes et jeunes (filles et garçon dont PDI) de la zone d'intervention ayant de bonnes connaissances en matière de SR/PF 5. Pourcentage des adolescentes et jeunes (filles et garçons dont PDI) fréquentant les centres jeunes et les centres médico-scolaires

<p>Résultat 2 : Les structures sanitaires publiques, privées et les services à base communautaire de la zone d'intervention, y compris celle à défis sécuritaires et humanitaires offrent des prestations de qualité adaptés aux besoins spécifiques des adolescent-e-s et des jeunes</p>	<p>6. Taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes (15-19 ans) et jeunes filles (20-24 ans) de la zone de couverture</p> <p>7. Proportion d'adolescentes et jeunes filles utilisant une méthode contraception moderne pour la première fois (nouvelles utilisatrices)</p>
<p>Résultat 3 : L'environnement favorable à l'exercice par les adolescent-e-s et jeunes de la zone d'intervention de leurs droits sexuels et reproductifs est renforcé</p>	<p>8. Pourcentage des chefs de ménage favorable aux droits en matière de santé sexuelle et reproductives des adolescent-e-s et jeunes dans la zone d'intervention</p> <p>9. Pourcentage des adolescents et des jeunes connaissant leurs droits en matière de SRAJ</p> <p>10. Pourcentage des adolescent-e-s et jeunes estimant que les normes sociales leur sont favorables pour l'exercice de leurs droits sexuels et reproductifs</p>

4. Critères et questions d'évaluation

Pertinence et réactivité

- Dans quelle mesure les objectifs du projet sont-ils (i) adaptés aux besoins des populations cibles des régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord et du Sahel ? ; (ii) en cohérence avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA ? Est-ce que les interventions prévues reflètent de façon adéquate les résultats attendus du projet ?
- De manière dynamique, comment l'UNFPA a-t-il su adapter les interventions du projet à l'évolution de la situation sécuritaire et sanitaire en termes de planification et de mise en œuvre des activités, dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord et du Sahel ?

Efficacité :

Dans quelle mesure les résultats prévus par le projet ont-ils été atteints ou sont-ils en passe d'être atteints ?

Efficiences :

- Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du projet ont-elles été converties en résultats ?
- Quelles sont les contraintes diverses (procédures de gestion ; réglementations ; administratives ; sécuritaire, sanitaire, etc.) qui ont eu une influence sur le démarrage du projet et sa mise en œuvre ? Dans quelle mesure ont-elles été adressées de façon

satisfaisante pour limiter les conséquences négatives sur la population et les résultats du projet ?

Pérennité et durabilité :

- Dans quelle mesure les effets issus des interventions du projet sont-ils susceptibles de durer après la fin des interventions ?

Valeur ajoutée :

- Quelle est la valeur ajoutée apportée par le projet au niveau national et plus particulièrement dans les régions des Hauts Bassins, des Cascades, du Sud-Ouest, du Centre-Sud, du Centre-Est, du Centre Ouest, du Plateau Central et du Centre, dans les différents domaines couverts tels que perçue par les parties prenantes ?

Positionnement stratégique :

- Dans quelle mesure, les résultats engrangés par le projet ont-ils permis de renforcer le positionnement stratégique de l'UNFPA au niveau national ?

5. Méthodologie

L'évaluation finale du projet se fera de façon participative impliquant toutes les parties prenantes et à tous les niveaux. Il s'agit notamment des différentes structures ministérielles et des ONG, des services publics décentralisés ainsi que des bénéficiaires directs des interventions du projet.

5.1 Collecte des données

L'évaluation se fera à travers plusieurs méthodes dont la revue documentaire, les entretiens individuels et de groupes ainsi que les focus group. La revue documentaire devrait être basée sur le document du projet, les rapports de progrès et tout autre document jugé pertinent. Des visites de terrain sur les sites d'intervention permettront d'apporter des informations complémentaires sur le projet. Une matrice d'évaluation devrait être élaborée pour la bonne collecte des données. En outre, l'observation directe des réalisations du projet à travers les visites sur le terrain sera utilisée. La méthodologie devrait être mieux affinée à travers la revue documentaire et devrait être une partie intégrante du rapport de démarrage.

5.2 Assurance qualité

Les informations collectées devront être soumises à un mécanisme d'assurance qualité rigoureux visant la validation des données, et ce, en utilisant une variété d'outils dont la triangulation des sources d'informations et l'échange permanent avec le staff de l'UNFPA, les partenaires de mise en œuvre du projet, les bénéficiaires.

5.3 Analyse des données

Pour structurer et consolider de façon systématique les données collectées pour chacune des questions d'évaluation, les évaluateurs utiliseront une matrice d'évaluation ou toute autre outils et approches méthodologiques discuté et accepté par le Bureau. La matrice d'évaluation leur permettra entre autres d'identifier les données manquantes et ainsi combler ces vides avant la fin de la collecte. Cette matrice aidera aussi pour assurer la validité des données collectées.

6. Résultats attendus/ Livrables

Quatre (4) principaux livrables sont attendus : (i) le rapport de démarrage de l'évaluation ; (ii) le rapport final ; (iii) la base de données apurées et (iv) une présentation PowerPoint de 20 slides au maximum et présentant la méthodologie de l'évaluation, les résultats, les conclusions et les recommandations.

6.1 Rapport de démarrage

L'équipe d'évaluation soumettra un rapport de démarrage de 30 pages maximum comprenant une revue documentaire basée sur les rapports de progrès du projet ou tout autres documents jugés pertinents. Le rapport présentera de façon explicite la liste des documents consultés ; l'approche et la méthodologie détaillée de l'évaluation, y compris le plan d'échantillonnage ; le processus de collecte et d'analyse des données ainsi que la matrice de l'évaluation et le plan de travail de l'équipe d'évaluation.

6.2 Rapport final de l'évaluation

Le rapport final de l'évaluation sera un document de soixante-dix (70) pages au maximum et présentera principalement (i) les résultats formulés comme des réponses aux questions d'évaluation, (ii) les conclusions découlant des résultats, (iii) les recommandations stratégiques et opérationnelles (08 pages au maximum) et les annexes dont notamment les TdRs, la liste des personnes/institutions rencontrées, la liste des documents consultés et la matrice de l'évaluation. En outre, le rapport présentera également le but, les objectifs, la portée et la méthodologie de l'évaluation mise à jour et un résumé analytique quatre (04) pages au maximum.

La version finale du rapport ne sera considérée comme livrable final qu'après son approbation par le Bureau pays Burkina Faso de l'UNFPA.

6.3 Base de données apurées

L'équipe d'évaluation soumettra la base de données finale ayant servi à l'analyse des données quantitatives au même moment que la soumission du rapport final. Elle peut être sous format Excel, SPSS ou Stata.

6.4 Présentation Powerpoint

La présentation PowerPoint de 20 slides au maximum présentera la méthodologie de l'évaluation, les résultats, les conclusions et les recommandations issues du rapport final.

7. Profil du Bureau d'études

7.1 Conditions administratives

L'étude sera réalisée par un bureau d'études légalement installé au Burkina Faso et à jour de ses obligations fiscales. Les évidences justifiant de la légalité et de paiement des obligations fiscales doivent être incluses dans le dossier de candidature. En outre, le bureau d'études fournira les ressources humaines compétentes pour la réalisation d'un travail de bonne qualité.

7.2 Composition de l'équipe

Les compétences minimales suivantes sont requises par le Bureau d'études :

Consultant (e) principal chef d'équipe (e)

- ✓ Être titulaire d'un diplôme de troisième cycle en démographie, statistique, santé publique, économie, sociologie ou tout autre diplôme des sciences sociales jugés équivalents ;
- ✓ Avoir au moins sept ans (7) ans d'expérience en matière de recherche et d'évaluation de projets et programmes ;
- ✓ Avoir une bonne connaissance en matière de santé de la reproduction des adolescents et jeunes ainsi que de la planification familiale ; autonomisation des femmes et filles ;
- ✓ Avoir une bonne connaissance de la problématique des inégalités femme-homme ;
- ✓ Avoir une grande expérience en matière de collecte et d'analyse des données qualitatives et quantitatives ;
- ✓ Avoir une excellente capacité de rédaction et de communication en français ;
- ✓ Avoir une excellente capacité de présentation avec une bonne maîtrise des outils informatiques (Word, Excel et Powerpoint).

Consultant associé démographe ou statisticien

- ✓ Être titulaire d'un diplôme universitaire de niveau BAC+4 au moins en Démographie ou en statistique ;
- ✓ Avoir une expérience avérée en matière de sondage, de traitement et d'analyse de données ;
- ✓ Avoir au moins trois (3) ans d'expérience en matière d'étude ou d'évaluation des projets/ programmes ;
- ✓ Avoir une bonne connaissance en matière de santé de la reproduction des adolescents et jeunes et de planification familiale, autonomisation des femmes est un atout ;

- ✓ Avoir une excellente capacité de rédaction et de communication en français ;
- ✓ Avoir une excellente maîtrise des logiciels d'analyse statistique tels que Stata, SPSS, R, etc.
- ✓ Avoir une excellente capacité de présentation avec une bonne maîtrise des outils informatiques (World, Excel et Powerpoint).

Consultant associé sociologue ou anthropologue

- ✓ Être titulaire d'un diplôme universitaire niveau BAC+4 au moins en sociologie ou anthropologie ;
- ✓ Avoir au moins trois (3) expériences en matière d'étude et de recherche ;
- ✓ Avoir une bonne connaissance en matière de santé de la reproduction des adolescents et jeunes et de planification familiale ;
- ✓ Avoir une bonne connaissance de la problématique des inégalités femme-homme ;
- ✓ Avoir une excellente capacité de rédaction et de communication en français ;
- ✓ Avoir une excellente maîtrise des logiciels d'analyse des données qualitatives (Nvivo, ATLAS,)
- ✓ Avoir une excellente capacité de présentation avec une bonne maîtrise des outils informatiques (World, Excel et Powerpoint).

8. Taches du bureau d'études

Les principales tâches du bureau d'études sont :

- Elaborer un rapport de démarrage comprenant la présentation de la méthodologie détaillée de l'évaluation assortie de chronogramme, un plan d'analyse des résultats, les outils de collecte des données.
- Présenter le rapport de démarrage de l'évaluation pour examen et validation ;
- Collecter les données sur le terrain, les traiter et les analyser ;
- Fournir un rapport provisoire de l'évaluation ;
- Présenter le rapport provisoire de l'évaluation pour examen et validation ;
- Intégrer les commentaires et observations formulés ;
- Présenter le rapport final au comité technique pour examen et validation ;
- Elaborer la version finale du rapport de l'évaluation.

9. Calendrier indicatif de l'évaluation

Etapes/ produits de l'évaluation	Echéances
Finalisation des termes de référence	15 avril 2025
Recrutement des consultants, contractualisation et rencontre de cadrage	15 mai 2025
Rapport de démarrage Phase de terrain	16 au 15 Juin 2025
Rédaction du rapport d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> • Rapport provisoire • Rapport final 	15 juin -15 juillet 2025

9. Durée et période de la consultation

La durée d'exécution de l'évaluation est fixée à quarante 40 jours ouvrables à partir de la signature du contrat.

10. Présentation de l'offre technique et financière du Bureau d'études

L'offre technique doit comprendre :

- Une note de compréhension des présents termes de référence ;
- Une note méthodologique détaillée pour la réalisation de l'évaluation ;
- Un chronogramme détaillé de l'évaluation ;
- Une lettre d'engagement du cabinet/ bureau d'études pour la conduite de la présente évaluation ;
- Une présentation du cabinet/ bureau d'études faisant ressortir ses qualifications et expériences professionnelles.

L'offre financière doit comprendre :

- La lettre de soumission de proposition financière ;
- Le budget estimatif détaillé de l'évaluation.

NB : Pour la sélection, l'ensemble des dossiers seront soumis à une analyse technique et financière avec 80% pour l'offre technique et 20% pour l'offre financière.