

**UNICEF WCARO  
TERMES DE REFERENCES**

**Titre de la consultance : Recrutement d'un Cabinet d'Evaluation pour la conduite de l'Evaluation Multipays du programme de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (Burkina Faso & Niger)**

**Durée de la consultance : Entre Octobre 2019 et Mars 2020**

**I. OBJET DE L'EVALUATION**

Cette évaluation a pour objet deux programmes de nutrition de l'UNICEF dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : le programme national de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Niger ainsi que le Programme national de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Burkina Faso. Ci-dessous plus de détails concernant les deux programmes. Prière de noter que même si certaines des sections suivantes présenteront des informations spécifiques pour chacun des deux programmes, d'autres présenteront des informations communes aux deux programmes. Dans cette section vous trouverez plus de détails sur chacun de deux programme PCIMAS au Niger et au Burkina Faso.

1) **Premier Programme à Evaluer : Programme de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Niger.**

*Contexte*

**Le Programme de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Niger vise à répondre à une situation nutritionnelle assez alarmante au niveau national, comme les attestent les données disponibles. Les prévalences de malnutrition aiguë globale (MAG) et sévère (MAS) au Niger sont depuis plusieurs années consécutives, proches ou au-deçà du niveau d'alerte (> 10%), pouvant facilement atteindre le seuil critique fixé par l'OMS (> 15%).** Les autres formes de malnutrition sont également très répandues, avec par exemple 42% des enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance (enquête nutritionnelle 2016 basée sur la méthodologie SMART) et des taux d'anémie chez les moins de 5 ans dépassant les 70% (DHS 2012)<sup>1</sup>. L'insécurité alimentaire chronique et aiguë est l'un des principaux facteurs sous-jacents. Au cours de la dernière décennie, le Niger a fait face à trois situations d'urgence déclarées en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle (en 2005, 2010 et 2012), ce qui a eu un impact non négligeable sur l'état nutritionnel de la population et notamment des enfants de moins de 5 ans. Cependant, quelle que soit les années (bonnes ou mauvaises récoltes), la prévalence de la malnutrition aiguë reste très élevée. Outre l'insécurité alimentaire, la prévalence élevée des maladies infectieuses, le manque de services de santé préventifs et curatifs, le manque d'eau potable et d'installations sanitaires, ainsi que des pratiques non adéquates de soins pour les nourrissons, les enfants et leurs mères influencées par des normes sociales très fortes entraînent des niveaux de sous nutrition, aiguë et chronique, élevés et persistants. La désagrégation des prévalences en fonction des groupes d'âge révèle des prévalences de MAG et MAS particulièrement élevées chez les enfants de 6 à 23 mois.

*Mise à l'échelle de la PCIMAS*

**Vis-à-vis une telle aggravation de la situation nutritionnelles des enfants dans le pays, la mise à échelle progressive du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) a été initiée après la crise de 2005.** Cette mise à l'échelle rapide (entre 2009 et 2011) a été facilitée par l'évolution au niveau global 1 Des problèmes de qualité dans les données d'enquête nutritionnelle sont à souligner avec des prévalences de malnutrition aiguë sévère improbables (p. ex. 6% MAS à Maradi en 2015 – Enquête ENISED 2015 ; 21% MAS à Diffa en 2012 – EDSN 2012). 2 du traitement de la malnutrition<sup>2</sup> et de l'adoption d'un protocole de prise en charge de la MAS basé sur le traitement en ambulatoire des cas de MAS sans complication, grâce aux Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi (ATPE). Le Niger a développé son premier protocole de prise en charge de la malnutrition en 2005, mis à jour ultérieurement en 2011 et 2016, conformément à l'évolution des directives mondiales.

<sup>1</sup> Des problèmes de qualité dans les données d'enquête nutritionnelle sont à souligner avec des prévalences de malnutrition aiguë sévère improbables (p.ex. 6% MAS à Maradi en 2015 – Enquête ENISED 2015 ; 21% MAS à Diffa en 2012 – EDSN 2012).

<sup>2</sup> WHO. Community-based management of severe acute malnutrition, A Joint Statement, World Health Organization, World Food Programme, United Nations System Standing Committee on Nutrition and United Nations Children's Fund, 2007 (updated 2011).

Actuellement, la prise en charge de la MAS fait partie intégrante des soins de santé primaires de routine et est fonctionnelle dans tous les Centres de Santé Intégrés (CSI) et hôpitaux du pays (922 structures sanitaires au total, incluant 44 hôpitaux nationaux, régionaux et de district), ainsi que dans quelques cases de santé dotés d'un personnel qualifié. L'UNICEF et ses partenaires ont traité en moyenne 370 000 enfants annuellement dont 55 000 à 60 000 (15% – 20%) enfants MAS présentant une complication médicale et nécessitant des soins hospitaliers intensifs.

Le nombre d'enfants pris en charge annuellement représente quasiment 100% de la cible estimée. Or les enquêtes de couverture réalisées à l'échelle de quelques districts sanitaires laissent sous-entendre que la couverture de la PCIMAS au niveau national n'atteindrait pas les 50%, ce qui laisse à penser que la méthodologie utilisée au niveau international consistant à multiplier le nombre d'enfants de moins de 5 ans par la prévalence de la MAS et d'appliquer un facteur de correction (2,6) afin de prendre en compte l'incidence sous-estimerait le nombre d'enfants souffrant de MAS au Niger. Une étude récente<sup>3</sup> indique que le facteur de correction dans le contexte du Niger serait de 2 à 5 fois plus élevé que celui utilisé actuellement.

#### *Résultats / impact du programme*

**Au cours de la dernière décennie, 2,6 millions d'enfants ont été admis dans les programmes de prise en charge de la MAS au Niger, avec des indicateurs de performance dépassant les normes minimales internationales (standards SPHERE), contribuant ainsi à la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Niger<sup>4</sup>.** Dans les 44 hôpitaux nationaux, l'appui d'ONG et les investissements conséquents y afférents pour le traitement de la MAS a permis de renforcer la prise en charge globale au niveau des services de pédiatrie. Au total en 2015, environ 130,000 enfants (dont plus de 55,000 enfants sévèrement malnutris) ont été traités dans les services de pédiatrie soutenus par les ONGs.

Le programme a également contribué à soutenir certaines approches préventives telles que la promotion et le conseil en ANJE, les activités « WASH in Nut » et l'intégration du dépistage de la MAS au sein des programmes de santé tels la PCIME-communautaire ou le programme de chimio prophylaxie saisonnier (CPS) du paludisme couvrant 28 des 44 districts que compte le Niger et touchant plus de 2,6 millions d'enfants chaque année. Comme le montre le graphique 4, les résultats de la campagne CPS 2016 couplée au dépistage précoce de la MAS a entraîné une diminution des hospitalisations des enfants MAS pendant la période de soudure (juillet à novembre).

Il convient de souligner que le programme PCIMA est en pleine évolution, incluant une variété d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Cependant, les prévalences de malnutrition restent élevées et évoluent très lentement dans le temps. Étant donné l'impact de la malnutrition sur la mortalité et le bien-être des enfants, la pérennisation des programmes PCIMA reste une priorité. Compte tenu des nombreux défis et face aux financements d'urgences qui vont en s'amenuisant, la prise en charge de la MAS doit inévitablement être repensée et restructurée. Une évaluation approfondie de la PCIMA au Niger sur les 10 dernières années doit permettre d'identifier les leçons apprises et les orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie PCIMA prenant en compte les changements dans le contexte actuel du Niger en termes de financement et de partenariats.

## **2) Deuxième Programme à Évaluer : Programme de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Burkina Faso.**

### *Contexte*

Le Programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) vise à assurer la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère à travers toutes les structures de santé du Gouvernement. Le dépistage de la malnutrition aiguë fait partie du paquet d'activités des agents de santé à base communautaire, ainsi que la référence des enfants malnutris vers les structures de prise en charge. Malgré la mise en œuvre du programme PCIMAS depuis 2008 au Burkina Faso, la situation nutritionnelle demeure préoccupante même si la tendance ces dernières années est à l'amélioration. En effet, les prévalences de la malnutrition aiguë globale sont passées de 19% en 2003 (EDS, 2003) à 8.4% en 2018 et le retard de croissance est passé de 31.5% en 2009 à 25% en 2018 (enquêtes nutritionnelles 2009 et 2018 basées sur la méthodologie SMART). En dépit de la baisse relative de la prévalence de la MAG au niveau national, dans certaines régions elle demeure toujours au-dessus du seuil de sévérité de 10% défini par l'OMS. Ainsi, selon l'enquête nutritionnelle nationale de 2018, le taux de malnutrition aiguë globale variait de 5.8% dans la région du centre Sud à 12.6% dans la région du Sahel ; alors que le taux de malnutrition aiguë sévère variait de 1.0% à 3.1% dans les mêmes régions). Le taux de malnutrition aiguë globale est plus élevé chez les enfants de 6 à 11 mois, avec une prévalence de 12,9 %. En ce qui concerne l'état nutritionnel des femmes, la prévalence de l'insuffisance pondérale/de la minceur (mesurée par un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 cm/kg<sup>2</sup>) est de 16 %<sup>5</sup>. Il existe des écarts significatifs entre les zones rurales et urbaines (19 % contre 8 %) et entre les régions, variant du minimum de 8 % dans la région Centre au maximum de 31 % dans la région Est. Les adolescentes (15 à 19 ans) ont la prévalence la plus élevée (23 %) parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans. En outre, les carences en micronutriments persistent avec une prévalence de l'anémie de 62% chez les femmes en âge de procréer et 72.5% chez les femmes enceintes selon les résultats de l'enquête nationale sur l'Iode et l'anémie au Burkina Faso réalisée en 2014 (ENIAB, 2014).

La crise humanitaire au Burkina Faso s'est intensifiée depuis 2018 en raison de menaces sécuritaires prolongées et d'attaques de groupes armés principalement dans les régions frontalières. Au 31 décembre 2018, le gouvernement a déclaré le statut « d'urgence » dans 14 provinces de 6 régions sur 13 (Sahel, Nord, Centre-Est, Hauts-Bassins, Boucle du Mouhoun et Est). A la date du 10 juillet

<sup>3</sup> WHO. Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. 2013

<sup>4</sup> Lancet – Mortality countdown

<sup>5</sup> EDS Burkina Faso 2010.

2019, le nombre total de déplacés internes enregistrés est de 219 756 dont 122,473 déplacés dans la région du Sahel et 80,103 déplacés dans la région du Centre Nord.

Au cours de ces dernières décennies le pays a connu des chocs successifs qui ont accru la vulnérabilité de la population et augmenté les besoins d'assistance humanitaire. La récurrence des perturbations climatiques (mauvaise pluviométrie, sécheresse, inondations...) d'une part, les attaques de ravageurs (invasions aviaires et acridiennes, grippe aviaire, la chenille légionnaire, etc.) et les perturbations sanitaires d'autre part, sont entre autres les facteurs explicatifs de cette situation qui expose chaque année un nombre croissant de populations au risque d'insécurité alimentaire et nutrition. A cela s'ajoute un climat sécuritaire fragile dans la partie nord du pays avec des déplacements internes de population perturbant la continuité des services de santé et la mise en œuvre des activités agropastorales.

L'analyse des goulots d'étranglement du programme PCIMA réalisée en 2017 a identifié comme goulot important au niveau de l'offre des services de nutrition, à savoir l'insuffisance des ressources humaines qualifiées (seulement 20% des agents de santé éligibles à la formation PCIMA sont formés), et une faible utilisation initiale au niveau des déterminants de la demande. Le réseau de santé communautaire qui est sensé couvrir le gap de l'accessibilité géographique aux soins dans un rayon de 5 Km, n'avait pas pu être analysé.

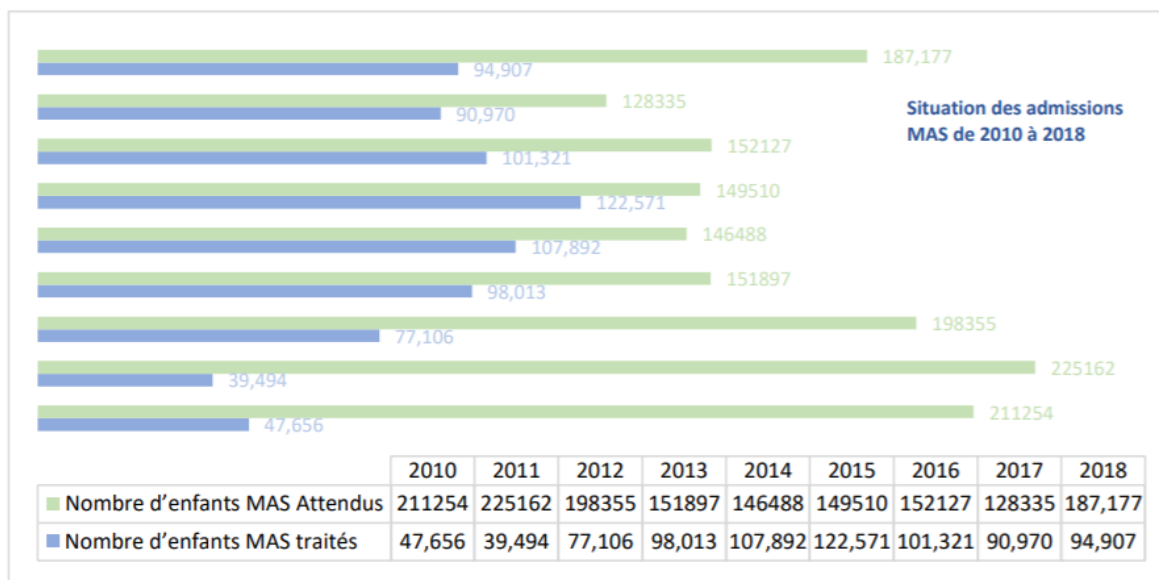
#### *Mise à l'échelle*

En 2007, le protocole de PCIMAS a été élaboré et adopté par le Gouvernement. En 2008 et 2009, les agents de santé ont été formés et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère a été mise en place progressivement sur l'ensemble du pays. Ceci a permis de prendre en charge plus de 34 000 enfants MAS en 2009. Ce nombre est passé à plus de 47 000 en 2010, ce qui correspond à une couverture de prise en charge des cas de MAS de 40%. Au vu de ces résultats positifs, le Gouvernement a décidé de mettre place un plan permettant d'étendre progressivement cette approche PCIMAS à travers tout le pays. Pour permettre une mise à l'échelle efficace et réaliste de la PCIMAS, un plan national de passage à l'échelle a été défini sur la période 2011-2015 avec pour objectif général d'améliorer la couverture indirecte des cas de malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 0 à 59 mois de 40% en 2010 à 80 % en 2015 au Burkina Faso. Ce plan est fédérateur des efforts consentis par le Ministère de la Santé et les partenaires de la nutrition qui interviennent dans la prise en charge de la malnutrition. Le Gouvernement s'est donc engagé, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, à renforcer les interventions de nutrition aussi bien au niveau du système de santé qu'au niveau communautaire. Tenant compte des nouvelles normes de l'OMS en matière de prise en charge de la malnutrition aiguë (PECIMA) et de l'approche communautaire de la malnutrition aiguë sévère, le Burkina Faso a révisé son protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë en 2014. Depuis 2015, la prise en charge de la MAS fait partie intégrante des soins de santé primaires de routine et est fonctionnelle dans tous les centres de santé et hôpitaux du pays (2018 structures sanitaires au total, dont 6 hôpitaux nationaux, 8 régionaux, 108 centres médicaux et 1896 centres de santé et de promotion social).

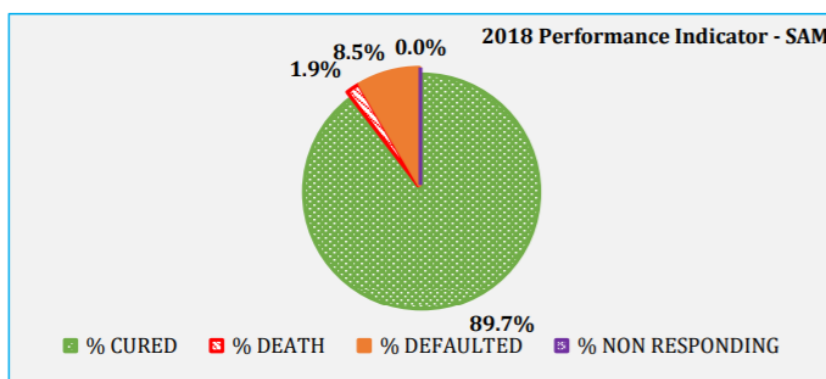
#### *Résultats / impact du programme*

Au cours de ces années, la mise à l'échelle du programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère a été faite progressivement et le nombre d'enfants MAS traité est passé de 47 656 en 2010 à 94 907 en 2018. Au total, de 2010 à 2018, 779 930 enfants MAS ont été admis et pris en charge dans le programme PCIMAS. Le nombre de structures de santé a augmenté passant de 1 535 formations sanitaires en 2010 à 2018 formations sanitaires en 2019 y compris les Centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux et centres médicaux.

Le graphique ci-dessous suivant montre le nombre d'enfants traités par an de 2010 à 2018



**Graphique : Nombre de MAS admis dans le programme PCIMAS de 2010 à 2018 (Endos)**



Les indicateurs de performance du programme PCIMA au cours de ces dernières années sont restés globalement supérieures aux normes minimales internationales (standards SPHERE), contribuant ainsi à la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

A ce jour on dénombre de grandes réalisations dans l'Environnement favorable qui sont entre autres :

- ✓ La création d'une ligne budgétaire au niveau du ministère de la

santé : 1 milliard de FCFA pour l'achat des intrants en 2017, 1.4 milliard de FCFA en 2018 et 2 milliards prévus en 2019. Ainsi, le Gouvernement du Burkina Faso a acheté 30,000 cartons (soit 2.760 Tonnes) d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) en 2017 et 48,000 cartons d'ATPE en 2018 (soit 4.416 Tonnes) alors que 64,000 cartons d'ATPE (soit 5.888 Tonnes) devraient être achetés en 2019.

- ✓ La prise en compte de la nutrition dans le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES), le référentiel de Développement du Pays ;
- ✓ La gratuité effective des soins de santé aux enfants de moins 5 ans et aux femmes enceintes sur l'étendue du territoire national. Ainsi, les médicaments pour le traitement systématique des enfants malnutris aiguës admis dans le programme PCIMA sont achetés et distribués par le Ministère de la Santé.
- ✓ Institutionnalisation de la plateforme communautaire par le paiement de la motivation de 18750 agents de santé à base communautaire par l'Etat (ASBC) par l'Etat. Ces ASBC ont entre autres dans leur paquet des activités promotionnelles et le dépistage et la référence des enfants malnutris aiguës vers les services de santé.
- ✓ L'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le Paquet Minimum d'Activités des Formations Sanitaires pour l'ensemble des formations sanitaires du pays offrant les soins PCIMA
- ✓ L'introduction de l'enseignement de la PCIMA dans les curricula de formation des Ecoles nationales de santé.
- ✓ L'intégration des intrants nutritionnels dans la chaîne d'approvisionnement national, et leur distribution par la pharmacie centrale d'achat des médicaments génériques et autres équipements de santé (CAMEG). A cet effet, l'UNICEF a signé une convention avec la CAMEG afin que celle-ci assure la gestion et la distribution des intrants nutritionnels vers les structures de santé.
- ✓ L'intégration des indicateurs de nutrition dans le système d'information nationale, dont les indicateurs de la PCIMA.

Malgré ces avancées, la couverture indirecte du programme PCIMAS reste toujours faible, car elle est passée de 20% en 2011 à 74% en 2017 et 51% en 2018 selon le total d'enfants malnutris aiguës sévères attendus chaque année.

Afin d'améliorer cette faible couverture du programme, un renforcement du dépistage de la malnutrition au niveau communautaire a été initié depuis 2011 dans les journées de supplémentation en vitamine A et de déparasitage et en 2018 dans les campagnes de chimioprophylaxie du paludisme saisonnier au niveau national, touchant 3 163 563 enfants âgés de 6 à 59 mois.

Des efforts sont mis en œuvre pour assurer la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë par le gouvernement et les différents acteurs intervenant dans la nutrition. Une évaluation approfondie de la PCIMA sur les 5 dernières années permettra d'identifier les gaps, les bonnes pratiques et les stratégies efficaces et pérennes qui permettront d'améliorer la qualité et la couverture du programme PCIMA tout en l'adaptant au contexte actuel d'insécurité et de déplacements de populations que traverse le pays.

## II. BUT DE L'EVALUATION

Cette évaluation comporte deux buts principaux, à savoir la redevabilité et l'apprentissage.

- Quant au but de redevabilité, cette évaluation rendra compte des résultats (soit prévus ou pas prévus) qui ont été atteints par le Programme, auprès des bailleurs (redevabilité verticale) ainsi que des bénéficiaires attendus des programmes (redevabilité horizontale) qui font l'objet de cette évaluation.
- Quant au but de l'apprentissage organisationnelle, cette évaluation permettra de repenser et réorienter le programme de prise en charge de la MAS au niveau national et permettra de mieux recentrer les interventions dans le cycle actuel et guider la préparation du prochain cycle de programmation de coopération (qui devrait commencer en 2022). Ci-dessous plus des détails sur les utilisateurs envisagés de cette évaluation dans chacun de deux pays concernés ainsi que sur la façon dont ils vont utiliser les conclusions et les recommandations de cette évaluation (Tableau 1).

Tableau 1 : Les utilisateurs et utilisations de cette évaluation

Utilisateurs de l'évaluation	Comment les conclusions et recommandations vont être utilisées	
<b>Bureau Pays de l'UNICEF</b>	<b>Niger</b> Guider les ajustements nécessaires au programme actuel et guider la vision stratégique concernant la question critique de la malnutrition au Niger.	<b>Burkina Faso</b> Guider les ajustements nécessaires au programme actuel, et faire des propositions pour la réorientation/ajustement de l'appui apporté à ce programme par les partenaires dont l'UNICEF.
<b>Ministère/Gouvernement (prière de mieux déterminer)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction de la nutrition/MSP :</li> <li>• Susciter une réflexion profonde avec les acteurs autour des stratégies utilisées dans la prise en charge de la MAS et guider les orientations</li> </ul>	<i>Direction de la nutrition/MSP :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Susciter une réflexion avec les acteurs autour des stratégies mises en œuvre dans la prise en charge de la MAS et orienter les décisions.</li> </ul>
<b>Agences de mise en œuvre (Implementing Partners)</b>	<i>ONGs partenaires et membres du cluster Nutrition :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer les bonnes pratiques identifiées par cette évaluation dans la mise en œuvre de leurs interventions dans le cadre du programme PCIMA</li> </ul>	<i>ONGs partenaires et membres du groupe des partenaires techniques et financier en Nutrition :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réorienter/adapter le type d'appui apporté au Ministère de la Santé aux besoins guidés par le contexte actuel et le niveau de mise en œuvre du programme PCIMA.</li> </ul>
<b>Autres partenaires (y compris les agences du SNU, UE- ECHO)</b>	<i>Autres partenaires (y compris les membres du cluster Nutrition):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer les bonnes pratiques identifiées par cette évaluation dans la mise en œuvre de leurs interventions dans le cadre du programme PCIMA et renforcer la qualité des appuis techniques et financiers au gouvernement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer les bonnes pratiques identifiées par cette évaluation dans la mise en œuvre de leurs interventions dans le cadre du programme PCIMA et renforcer la qualité des appuis techniques et financiers au gouvernement</li> </ul>
<b>Bureau Régional de l'Unicef pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les bonnes pratiques en matière de prise en charge de la malnutrition à répliquer dans le reste de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.</li> </ul>	

### III. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation a plusieurs objectifs, y compris les suivants :

- Vérifier les acquis du programme, y compris les défis de couverture des interventions et les goulots majeurs levés ou non levés ;
- Identifier les leçons apprises au niveau stratégique et opérationnel ;
- Identifier les bonnes pratiques en matière des approches innovantes utilisées avec améliorations progressives au cours de la période de mise en œuvre du programme ;
- Fournir des recommandations stratégiques et opérationnelles pour le renforcement des résultats du programme dans le futur.

### IV. PORTEE DE L'ÉVALUATION

#### *Portée thématique*

L'évaluation va se focaliser sur la composante Nutrition du Programme de la Prise en Charge de la Malnutrition avec une attention particulière sur les services de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère.

#### *Portée géographique*

La revue documentaire couvrira l'ensemble des actions mises en œuvre dans toutes les communautés au Niger et au Burkina Faso. Toutefois, la collecte de données sera prévue de la façon suivante :

- **Au Niger**, le nombre exact des régions/provinces et sites à visiter sera déterminé par l'équipe de l'évaluation dans l'offre technique conformément à la stratégie d'échantillonnage retenue la plus adéquate pour fournir des preuves robustes)
- **Au Burkina Faso**, l'évaluation devra être menée au moins dans 6 régions sur les 13 que compte le pays : Les régions du Centre (y compris la capitale Ouagadougou), du Centre-Est, du Centre-Sud où il n'y a pas de partenaires ONGs d'appui au Ministère de la Santé ; et dans les régions du Nord, de l'Est et des Cascades bénéficiant d'un appui d'ONGs. Il faut noter que les régions du Sahel et du Centre Nord ne sont pas proposées au vu des difficultés d'accès liées au contexte sécuritaire actuel. Par ailleurs, le nombre exact des provinces et sites à visiter sera déterminé par l'équipe de l'évaluation dans l'offre technique conformément à la stratégie d'échantillonnage retenue.

#### *Portée chronologique*

##### **Niger**

L'évaluation couvrira toutes les activités mises en œuvre au cours des dix dernières années soit dans le cadre de la mise à échelle du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au Niger.

##### **Burkina Faso**

L'évaluation couvrira toutes les activités mises en œuvre entre juin 2015 (La PCIMAS est à l'échelle depuis 2015, le Protocole est en vigueur révisé en 2014 donc utilisé depuis 2015) et juin 2019. V.

### CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

#### **PCIMAS au NIGER**

L'évaluation de la PCIMAS était planifiée pour début 2018 afin que les résultats fournissent des éléments factuels puissent guider les choix stratégiques lors de la préparation du programme de coopération 2019-2021. Cependant, le bureau du Niger a fait face à un processus infructueux de recrutement de consultants, ce qui a entraîné un retard dans la conduite de l'évaluation. Toutefois, en accord avec le Ministère de la Santé et les autres acteurs du secteur notamment les PTF et les ONGs, il a été convenu de mener l'évaluation au cours de 2019, première année du cycle triennale du programme de coopération et de l'UNDAF, sachant que les résultats de l'évaluation pourront influencer les deux prochaines années du cycle mais aussi guider la préparation du prochain cycle de programme.

L'évaluation intéresse plusieurs partenaires d'autant plus que depuis sa mise en œuvre (il y a plus de dix ans), la PCIMAS est largement financée par des ressources humanitaires. Au cours des deux dernières années du cycle de programmation précédent, le gouvernement a acheté des ATPE deux fois, contribuant à environ 2% des besoins annuels. Au cours des 5 dernières années les dépenses annuelles pour le traitement de la MAS ont été estimées à environ 40 millions de dollars. La moitié de ce montant est consacré à l'achat d'ATPE et autres intrants nutritionnels et médicaux, tandis que l'autre moitié couvre les besoins pour la mise en œuvre générale, principalement via les ONG internationales. On estime qu'environ 80% du traitement de la MAS est soutenu par des ONG (toutes internationales, sauf une ONG nationale – BEFEN/ALIMA). En plus du soutien technique et logistique, les ONG et l'UNICEF couvrent également une partie des coûts des ressources humaines des hôpitaux du gouvernement pour assurer une qualité de traitement adéquate. On estime que plus de 2000 agents de santé sont financés par le programme PCIMAS.

ECHO est l'un des principaux bailleurs de fonds, contribuant à hauteur de 50% du coût du programme UNICEF pour la prise en charge de la MAS, tout en finançant à 100% des coûts de fonctionnement des ONG. D'autres bailleurs de fonds comme le gouvernement

Japonais ou Américain (USAID) ont apporté une contribution considérable, ainsi que les fonds CERF qui ont financé la prise en charge lors de la première année du cycle actuel du programme, avec une contribution ultérieure se focalisant uniquement sur les situations d'urgence (Diffa). Des contributions plus restreintes mais régulières sont reçues de la part de l'Espagne et de l'Allemagne. De leur côté, les ONG dépendent presque à 100% du financement d'ECHO. Toutefois, depuis un an, on observe une diminution générale des ressources pour la prise en charge de la MAS. ECHO a commencé à réduire progressivement sa contribution et des discussions sont en cours sur l'arrêt probable des financements d'ECHO pour le traitement de la MAS d'ici à 2019. Récemment, suite au retrait des ONGs, quelques communes ont commencé à allouer des ressources locales au financement du personnel de santé et volontaires communautaires de quelques CRENI.

Étant donné l'impact de la malnutrition sur la mortalité et le bien-être des enfants, la pérennisation des programmes PCIMA reste une priorité. Cette évaluation doit permettre d'identifier les leçons apprises et les orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie PCIMA prenant en compte les changements dans le contexte actuel du Niger en termes de financement, de partenariats mais aussi au niveau du cadre politique stratégique (notamment la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle - PNSN 2017-2025 – et son plan d'action ainsi que le Plan de Développement Sanitaire National - PDS 2017-2021).

### **PCIMAS au Burkina Faso**

Le programme PCIMAS a été mis à l'échelle depuis 2015. Cette mise à l'échelle a permis l'intégration de la PCIMAS dans le système de santé avec également l'intégration des intrants nutritionnels dans la liste des médicaments essentiels générique, suivi de leur intégration dans la chaîne d'approvisionnement des intrants du Pays. Depuis 2012, les données de nutrition ont été intégrées dans la base de données nationales. Ces données sont extraites et analysées chaque mois lors de la tenue des rencontres du groupe des partenaires en nutrition. La prise en charge médicale des enfants malnutris aiguës admis dans le programme PCIMAS est assurée avec les fonds de l'Etat dans le cadre de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes.

En termes de partenariat, l'UNICEF assure un appui soutenu au programme PCIMAS en disponibilisant les intrants nutritionnels (ATPE, lait thérapeutique F75 et F100) pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et les équipements de mesure anthropométrique. L'UNICEF fournit aussi un appui technique aux régions et aux districts sanitaires pour les formations, les missions de supervision et la coordination du programme de nutrition en mettant l'accent aux zones ayant les plus hauts taux de malnutrition et en insécurité. Le PAM fournit un appui des intrants pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modéré dans quatre régions sur treize. Etant donné que le programme PCIMAS est intégré dans le système de santé, les ONGs apportent un accompagnement léger au Ministère de la Santé surtout par le coaching et des supervisions formatives aux agents de santé. Elles sont surtout concentrées dans les régions du Sahel, l'Est et le Nord et sont moins présentes dans d'autres régions. Depuis 2015, ECHO a réduit substantiellement son appui au programme PCIMA, au vu des taux de malnutrition inférieurs à 10%, et à l'amélioration de certains facteurs aggravants. L'UNICEF assure la coordination du groupe des partenaires techniques et financiers de la nutrition qui se réunit chaque mois. Le sous-groupe PCIMA se réunit chaque mois et échange sur les questions liées à ce programme. Malgré tous ces acquis, le pays n'arrive pas à couvrir les cibles attendues avec une couverture toujours inférieure à 75%. Lors des différentes rencontres avec les groupes des partenaires en nutrition, les questions relatives à la cible, au système de référencement des MAS dépistés, et à l'implication des acteurs communautaire dans le dépistage de la malnutrition sont récurrentes. Aussi, l'intégration du programme PCIMAS dans le système de santé est associée à des défis de qualité surtout pour la prise en charge des enfants malnutris aiguës sévères avec complications médicales hospitalisés.

Cette évaluation permettra d'identifier les causes réelles de cette basse couverture et les bonnes pratiques mises en œuvre dans le pays dans la PCIMAS.

## **VI. CRITERES DE L'EVALUATION**

La phase pilote sera évaluée sur la base de 5 critères : 4 de l'OCDE/CAD de la pertinence, efficacité, efficience et durabilité ainsi qu'un cinquième additionnel sur le genre, équité et droits humains. Le critère d'impact n'a pas été retenu faute d'une ligne de base et d'une étude finale.

## **VII. QUESTIONS D'EVALUATION**

L'équipe devra répondre aux questions suivantes afin d'attendre le but de cette évaluation. Les questions (regroupées par critères) ont été développées conjointement par le Bureau Régional et les Bureaux Pays de l'UNICEF au Niger et au Burkina Faso. Toutefois, l'équipe d'évaluation pourra proposer de reformuler certaines parmi lesdites questions dans leur proposition technique et, si recrutée pour ce mandat, les finaliser en collaboration avec le staff d'UNICEF lors de la phase de démarrage.

### **1. Pertinence**

#### **Questions communes pour tous les deux pays**

- 1.1. Dans quelle mesure les stratégies du programme ont répondu aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles - au fil du temps ?
- 1.2. Dans quelle mesure les rôles et responsabilités des partenaires impliqués (ONG et Gouvernement/Ministère de la Santé) ont répondu aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles au fil du temps ?

- 1.3. Dans quelle mesure les interventions sur le terrain sont alignées avec les CCC, le protocole international en matière de nutrition, avec les priorités nationales ?

#### *Questions spécifiques pour le Niger*

- 1.4. Dans quelle mesure le programme du Niger est conforme au concept de base de la PCIMAS (incluant un volet mobilisation et participation communautaire, un volet « prise en charge de la MAM », un volet « prise en charge de la MAS » sans complication et avec complications médicales et un volet lié aux interactions avec les autres secteurs) ? Questions spécifiques pour le Burkina Faso
- 1.5. Dans quelle mesure l'intégration du programme PCIMAS est conforme aux six piliers du système de santé ? Quels sont les défis de cette intégration ?

## **2. Efficacité**

#### *Questions communes pour tous les deux pays*

- 2.1. Dans quelle mesure les interventions ont produit les résultats escomptés conformément aux plans de chacun des Bureaux Pays engagés ainsi qu'au sein du Bureau Régional ?
- 2.2. Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF) qui ont contribué à l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement des capacités ?
- 2.3. Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF) qui ont empêché l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement de capacités ? Quelles mesures correctrices, s'il y en avait, ont été adoptées pour mitiger les défis rencontrés ?
- 2.4. Quels sont les effets non attendus (positifs ou négatifs) des interventions sur le terrain dans chacun des pays concernés ?

#### *Questions spécifiques pour le Niger*

- 2.5. Quel est le profil des ménages bénéficiant du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans les CRENAS et les CRENI (statut socio-économique, statut de la mère, nombre d'enfants par ménage, etc.) ?
- 2.6. Dans quelle mesure les interventions ANJE étaient-elles intégrées dans le programme PCIMA et les résultats associés ?
- 2.7. Dans quelle mesure les efforts actuels / passés sont-ils efficaces pour contrôler et dissuader l'utilisation abusive des ATPE ?
- 2.8. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué au renforcement des systèmes (national et déconcentré) ?

#### *Questions spécifiques pour le Burkina Faso*

- 2.9. Quel est l'apport apporté par les ASBC à travers la plateforme communautaire, dans le dépistage et le référencement des enfants malnutris aiguës ?
- 2.10. En quoi est ce que les campagnes nationales de dépistage de la malnutrition aiguë contribuent à l'amélioration de la couverture du programme PCIMA ?

## **3. Efficience**

#### *Questions communes pour tous les deux pays*

- 3.1. Pour chacun des domaines d'intervention des programmes, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :
  - Suffisantes (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ?
  - Adéquates (en termes de qualité) par rapport aux résultats escomptés ? Dans quelle mesure les services délivrés atteignent les standards de qualité et quels sont les facteurs qui ont contribué à l'atteinte de ces standards (ou la non atteinte) ?
  - Déployées à temps ?
- 3.2. Dans quelle mesure les stratégies de mise en œuvre du projet ont varié d'un pays à autre ?
- 3.3. Quels sont les principaux facteurs ayant influencé le rapport coût/efficacité de la mise en œuvre ?

#### *Questions spécifiques pour le Niger*

- 3.4. Dans quelle mesure la gestion globale du programme a-t-elle évolué au fil du temps ?
- 3.5. Dans quelle mesure les mécanismes de prise en charge, y compris le rôle et les responsabilités des divers membres du personnel et des intervenants, sont-ils bien compris et mis en œuvre ?
- 3.6. Dans quelle mesure des méthodes innovantes ou alternatives pour la mise en œuvre du programme national de prise en charge de la MAS sont-elles explorées ou exploitées pour réduire les coûts et / ou maximiser les résultats (p. ex. : approche PB-mère/PB-ménage ; chaîne d'approvisionnement des intrants en partie gérée par des transporteurs privés dans les régions de Maradi et Zinder ; etc.) ?

## **4. Durabilité**

### Questions communes pour tous les deux pays

- 4.1. Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les partenaires institutionnels se sont appropriés l'approche et ses acquis ? Comment est-ce que telle appropriation (le cas échéant) par le gouvernement du programme PCIMA a-t-elle évoluée dans le temps ?
- 4.2. Quels sont les principaux facteurs ayant influencé l'adhésion des bénéficiaires et autres parties prenantes à l'adoption de l'approche ?
- 4.3. Quelles sont, selon les différentes parties prenantes les options présentes et futures – incluant les stratégies de désengagement des ONGs/financements humanitaire, qui permettront d'assurer la pérennité du programme PCIMA ?

## 5. Droits humains, genre et équité

### Questions communes pour tous les deux pays

- 5.1. Dans quelle mesure les interventions prennent en compte systématiquement les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité lors de leur :
  - conception
  - planification et
  - mise en œuvre ?
- 5.2. Dans quelle mesure les interventions ont permis de s'adresser aux groupes avec le plus de besoins d'accès au service d'appui nutritionnel ?
- 5.3. S'il y eu des obstacles, d'ordre politique, pratique ou administratif, à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions, quel a été le niveau d'efforts déployés afin de surmonter ces difficultés ?
- 5.4. Dans quelle mesure le programme adresse les barrières qui empêchent l'accès des femmes aux services fourni par les prestataires de service des deux programmes de la prise en charge ?
- 5.5. Dans quelle mesure le système de suivi, évaluation et reporting prend-il en compte les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité ?

## VIII. METHODOLOGIE

L'évaluation sera menée selon une approche participative et inclusive qui pourra être combinée avec d'autres approches suggérées par l'équipe d'évaluation. Elle sera orientée vers la production de preuves tangibles permettant, entre autres de : (i) guider les réflexions sur la mise à l'échelle des interventions sur le terrain et leur utilisation dans d'autres contextes ; (ii) affiner la méthodologie de mise en œuvre de l'approche ; (iii) guider les réflexions sur les orientations stratégiques ; et (iv) ajuster les mécanismes des activités/composantes Nutrition du Programme pour les rendre plus performantes.

L'évaluation sera basée sur des méthodes mixtes de collecte et d'analyse des données auprès des bénéficiaires escomptés et des acteurs clés dans le processus de mise en œuvre de l'approche. Le but d'utiliser plusieurs méthodes et de trianguler les données provenant de différentes sources afin de formuler les constats est d'apporter des réponses le plus pertinentes et crédibles aux questions d'évaluation. Les données primaires collectées sur le terrain seront complétées par :

- L'analyse secondaire des données de routine générées par le dispositif de suivi du ministère de la santé Publique, de l'UNICEF et ses partenaires œuvrant dans le sous-secteur de la Nutrition ;
- Une revue documentaire de l'approche (plans d'actions, rapports de la mise en œuvre, etc.) et
- Un processus itératif de dialogue avec les principaux acteurs de la mise en œuvre de l'approche notamment :
  - Le personnel de l'UNICEF, particulièrement les Sections Nutrition, Santé et WASH, au niveau des Bureaux de Pays et du Bureau Régional
  - Les équipes en charge de la Nutrition au sein du Ministère de la Santé (la Direction de la nutrition pour le cas du Niger et du Burkina Faso) aux niveaux central et déconcentré
  - Les partenaires de mise en œuvre, notamment les ONGs qui impliquées dans la mise en œuvre de ce Programme
  - Les membres du cluster Nutrition o Les membres du groupe de partenaires technique et financiers intervenant dans la nutrition
  - Les PTF clés qui appuient la PCIMAS, en particulier ECHO.

Ce dialogue multi-acteurs servira également d'opportunité pour reconstituer, la théorie de changement des programmes qui font l'objet de cette évaluation.

Une méthodologie d'évaluation plus détaillée sera proposée par la boîte des consultants, en prenant en compte les différences parmi les parties prenantes, en termes d'âge, de genre, et autres critères jugés pertinents. La boîte des consultants proposera ainsi la méthodologie (y compris la stratégie d'échantillonnage et d'analyse) et les étapes de l'évaluation dans son offre technique. Il est attendu que les méthodes et l'échantillonnage proposées pour apprécier les effets des interventions sur les connaissances et compétences des parents des enfants soient suffisamment robustes pour assurer la crédibilité et validité interne des résultats de l'évaluation. La méthodologie définitive sera validée lors de la phase de démarrage de l'évaluation.

Les données et les documents existants sur les programmes seront mis à disposition de l'équipe d'évaluation par le staff de l'UNICEF au moins une semaine avant le démarrage de la consultation. Les consultants présenteront une note de cadrage de l'évaluation (inception report en anglais) avec une méthodologie détaillée, qui inclura des éléments à la fois quantitatifs et qualitatifs, conçus pour répondre avec précision aux questions de l'évaluation. Dans le but de démontrer que l'équipe d'évaluation a bien saisi l'approche ainsi que les questions fondamentales adressées par cette évaluation, la note de cadrage devra fournir un résumé critique des informations contenues dans les documents programmatiques mises à disposition de l'équipe d'évaluation par l'UNICEF après la signature du contrat. Telle note devra aussi bien indiquer, pour chacune des questions de l'évaluation, les informations suivantes : quelles méthodes et quels outils de collecte de données seront utilisés pour y répondre, auprès de qui les données en question seront collectées (y compris la stratégie d'échantillonnage), quelles méthodes d'analyse seront utilisées pour interpréter lesdites données, quelles mesures seront adoptées afin d'assurer la qualité de l'évaluation, et comment les données seront disséminées. Cette note doit aussi proposer les mesures susceptibles de garantir au processus d'évaluation une assise éthique, et de protéger la confidentialité et la dignité de ceux qui participent à l'évaluation.

L'évaluation sera menée selon les [normes et standards](#) d'évaluation du Groupe de l'Evaluation des Nations Unies (UNEG). Elle intégrera de manière spécifique les droits humains, le genre et l'équité et sera conduite conformément au [code de conduite, guide d'éthique](#) ainsi qu'aux [directives de l'UNEG](#) en matière d'intégration des droits humains et de l'égalité des sexes aux évaluations. Un accent particulier sera mis sur la conformité de différents livrables de ce mandat avec les standards du GEROS. Faut d'une intégration adéquate des standards GEROS et des directives de l'UNEG en matière de genre, les livrables ne seront pas acceptés par l'UNICEF.

Le rapport d'évaluation sera d'au plus 50 pages et intégrera un résumé exécutif d'au plus 4 pages. Le contenu du rapport d'évaluation devra être conforme aux normes de qualité de l'UNEG dans ce domaine et il devra surtout répondre aux critères de l'UNICEF en matière de qualité des rapports d'évaluation (GEROS)<sup>6</sup>. Lesdites normes, qui détermineront la notation du rapport final par une entité indépendante de l'UNICEF, seront partagées par l'UNICEF avec l'équipe d'évaluation juste après la signature du contrat. Les principales conclusions et recommandations de l'évaluation seront diffusées sous forme de notes de synthèse ou policy brief. L'atelier de validation des résultats de l'évaluation servira d'opportunité pour élaborer, de manière participative, le plan d'action pour la mise en œuvre des principales recommandations de l'évaluation ou « management response ».

## IX. EXPERIENCE ET QUALIFICATION REQUISES

Le cabinet ou Institution doit justifier d'une expérience affirmée dans le domaine des évaluations et disposer d'une équipe qualifiée de personnes qui ont également une solide expérience tant au niveau national qu'au niveau international.

### 9.1 Profil de l'équipe de consultants

L'évaluation sera réalisée par une équipe d'experts ayant une solide expertise et une riche expérience dans le domaine de l'évaluation au niveau national et international. L'équipe devrait également avoir une bonne connaissance du contexte du Niger et du Burkina Faso, du secteur de la nutrition, notamment en ce qui concerne la PCIMAS. Les membres de l'équipe travailleront en étroite collaboration pour la coproduction et la mise en œuvre d'une méthodologie et d'une démarche appropriées pour la réponse aux questions d'évaluation et l'atteinte des résultats escomptés. L'équipe sera constituée d'un Chef d'Equipe International chargé de la coordination de l'équipe, d'un Spécialiste international en nutrition, d'un Spécialiste international en prise en charge de santé au niveau communautaire, et de deux spécialistes évaluation nationaux (un pour le Niger et un pour le Burkina Faso).

#### 9.1.1. Le Chef d'Equipe (international)

Le Chef d'Equipe assurera la coordination de l'équipe d'évaluation et veillera à assurer le design de l'évaluation, le pilotage du processus évaluatif, l'assurance qualité et la délivrance des produits attendus en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe. Il/Elle devra conduire l'évaluation selon une approche favorable au transfert des compétences aux cadres nationaux membres de l'équipe d'évaluation. Il/elle devra avoir le profil suivant :

##### *Qualifications du Chef d'Equipe*

- Un diplôme universitaire supérieur (minimum BAC+5) en évaluation, éducation, sociologie, assistance humanitaire ou autre domaine des sciences sociales est requis ;
- Solide expérience (au moins 8 ans) dans le suivi et l'évaluation de programmes de programme de nutrition avec un accent particulier sur les programmes de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère, ainsi que dans le suivi et évaluation de programmes de santé et de protection de l'enfance ;
- Expérience dans la collecte de données et les techniques d'analyse qualitative et quantitative ;
- Expérience avérée dans la réalisation d'évaluations (la version électronique d'une évaluation récente dont le/la consultante a été le principal auteur devra être présentée au moment de la soumission de l'offre) ;
- La connaissance et la compréhension des programmes de prise en charge à base communautaire sera un atout • Expérience de travail avec un large éventail de parties prenantes (OSC, gouvernement, agences de développement international, etc.) par le biais d'une approche consultative ;
- Expérience de travail en Afrique de l'Ouest et du Centre, particulièrement au Niger et au Burkina Faso sera un atout ;
- Capacité avérée de livrer efficacement et dans les délais et la volonté d'obtenir des résultats ;
- Aptitude avérée à travailler de façon autonome avec des conseils et une supervision au besoin ;

<sup>6</sup> <http://www.uneval.org/document/detail/607>

- D'excellentes compétences rédactionnelles en français et la maîtrise de l'anglais est obligatoire.

### 9.1.2. Les autres membres de l'équipe d'évaluation

Il est attendu que d'autres experts participeront à la réalisation de l'évaluation. Les autres membres de l'équipe assureront la collecte et l'analyse des données nécessaires à l'évaluation en étroite collaboration avec le Chef d'Equipe. Ils contribueront également aux différentes étapes du processus évaluatif et devront avoir le profil suivant :

#### a. *Spécialiste international en Nutrition. La personne proposée devra avoir les qualifications suivantes :*

- Avoir au moins un niveau DEA/DESS (Bac+5 Minimum) en nutrition, santé ou autre domaine pertinent ;
- Avoir au moins 8 ans d'expérience dans le domaine de l'évaluation des programmes et projets d'urgence et du développement ;
- Avoir une connaissance avérée (au moins 5 ans) du domaine de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, ainsi que dans le suivi et évaluation de programmes de santé et de protection de l'enfance ;
- Avoir une expertise avérée (au moins 5 ans) en méthodes quantitatives de recherche et en méthodes d'évaluation basée sur le genre, l'équité et les droits humains ;
- Avoir une bonne capacité de communication orale et écrite en Français, de travail en équipe et de facilitation des processus participatifs.

#### b. *Spécialiste international en Prise en charge santé au niveau communautaire. La personne proposée devra avoir les qualifications suivantes :*

- Avoir au moins un niveau DEA/DESS (Bac+5 Minimum) en économie, statistiques ou autre domaine pertinent ;
- Avoir au moins 8 ans d'expérience dans le domaine de l'évaluation des programmes et projets d'urgence et du développement ;
- Avoir une connaissance avérée du domaine de la malnutrition aiguë sévère, ainsi que du suivi et évaluation de programmes de santé et de protection de l'enfance ; (au moins 5 ans) ;
- Avoir une expertise avérée (au moins 5 ans) en méthodes quantitatives de recherche et en méthodes d'évaluation basée sur le genre, l'équité et les droits humains ;
- Avoir une bonne capacité de communication orale et écrite en Français, de travail en équipe et de facilitation des processus participatifs.

#### c. *Deux nationaux spécialistes en matière de nutrition (un au Niger et un au Burkina Faso). Les personnes proposées devront avoir les qualifications suivantes :*

- Avoir au moins un niveau DEA/DESS en nutrition, santé ou autre domaine connexe ;
- Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans le domaine de la gestion et de l'évaluation des programmes et projets dans le secteur de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, ainsi que dans le suivi et évaluation de programmes de santé et de protection de l'enfance ;
- Avoir une parfaite connaissance de la problématique de la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence et du contexte national ;
- Avoir une parfaite maîtrise des méthodes quantitatives et qualitatives de collecte et d'analyse des données ;
- Avoir une bonne capacité de communication orale et écrite en Français ;
- Avoir une bonne capacité d'analyse, de synthèse et de rédaction.

#### d. **Enquêteurs**

Les équipes mixtes de consultants nationaux et internationaux intégrant des femmes sont vivement encouragées. L'équipe des consultants est censée intégrer d'autres ressources humaines locales (enquêteurs locaux) pour faciliter la réalisation de l'évaluation, particulièrement les échanges avec les communautés bénéficiaires du projet et la collecte des données quantitatives.

Livrables	Timeline	Niger				Burkina Faso		
		Chef d'Equipe (International)	Spécialiste Nutrition (International)	Spécialiste prise en charge à base communautaire (International)	Consultant National	Chef d'Equipe (International)	Spécialiste Nutrition (International)	Spécialiste prise en charge à base communautaire (International)
<b>Phase de Préparation</b>								
<i>Signature du contrat</i>	Septembre 2019							
<i>Réunion initiale (par Skype)</i>	Septembre 2019							
<i>Revue de la littérature et entrevues préliminaires</i>	Septembre- octobre 2019							
<i>Elaboration et soumission de la note de cadrage y compris la définition de méthodologie et les outils de collecte de données (une note de cadrage par pays doit être produite)</i>	1ère semaine en octobre 2019							
<i>Révision de la note de cadrage sur la base des commentaires du Comité de Pilotage de l'évaluation</i>	2ème semaine en octobre 2019							
<b>Phase de Collecte des données dans le pays</b>								
<i>Rencontre avec le staff de l'UNICEF et les autres parties prenantes au Niger et au Burkina Faso</i>	3ème semaine en octobre							

Livrables	Timeline	Niger	Burkina Faso
<i>Visites de terrain et collecte des données auprès des bénéficiaires et partenaires au Niger et au Burkina Faso</i>	4eme semaine - en octobre 2019 + 1è re et 2ème semaine en novembre 2019		
<i>Débriefing auprès des parties prenantes au Niger et au Burkina Faso</i>	3ème semaine en novembre		
<i>Analyse des donnée, Elaboration et soumission d'un rapport préliminaire (un rapport par pays doit être produit)</i>	15 décembre 2019		
<b>Phase de Rédaction du Rapport Final</b>			
<i>Elaboration et soumission de la version révisée du rapport (Draft 1) intégrant les commentaires du Comité de Pilotage. Le rapport devra inclure un résumé exécutif et une présentation en format PPT</i>	7 janvier 2020		
<i>Validation des recommandations (facilité par le Conseiller Régional pour l'Evaluation)</i>	15 janvier 2020		
<i>Elaboration et soumission de la version finale du rapport (Draft 2) intégrant les</i>	25 janvier 2020		

**Livrables****Timeline****Niger****Burkina Faso**

*commentaires  
ultérieurs du Comité du  
Pilotage*

*Elaboration et  
soumission du 28  
Janvier 2020 19*

28 janvier  
2020

*Rapport Régional  
(Draft 0)*

*Elaboration et  
soumission de la  
version finale du  
Rapport régional*

8 février 2020

## 9.2 Livrables

1. Une **note de cadrage** ou « inception report » par pays présentant la méthodologie détaillée d'évaluation (2 notes de cadrage en total : une pour le Niger et une pour le Burkina Faso). Cette note sera articulée autour des principaux points suivants :
  - a. Introduction présentant l'objet d'évaluation, le but, la portée et les objectifs de l'évaluation ;
  - b. Contexte de l'évaluation y compris les résultats préliminaires de la revue documentaire ;
  - c. Les critères et questions d'évaluation affinées à partir de la revue documentaire et des entretiens préliminaires ;
  - d. Méthodes de collecte des données y compris l'échantillonnage et la prise en compte des considérations éthiques ;
  - e. Méthodes d'analyse des données ;
  - f. Matrice d'évaluation présentant pour chaque critère et chaque question d'évaluation, les méthodes de collecte et les sources de données correspondantes ;
  - g. Limites de l'évaluation ;
  - h. Plan de travail indicatif
  - i. Structure proposée pour le rapport final
  - j. Annexe : liste des principaux documents revus ; ensemble des outils proposés pour la collecte des données ; liste des informateurs clés et sites à visiter.
2. Une **présentation PPT des conclusions préliminaires par pays** (2 présentations en total). Cette présentation sera discutée à l'occasion du mini-atelier de restitution des résultats de l'évaluation vers la fin de la mission sur le terrain dans chacun de deux pays. La présentation PPT sera par ailleurs actualisée et remise en même temps que le rapport final.
3. Un **rapport provisoire par pays** (2 rapports provisoires en total : un pour le Niger et un pour le Burkina Faso) présentant l'ensemble des constats, conclusions et recommandations de l'évaluation. Le contenu du rapport d'évaluation sera conforme aux [normes de l'UNICEF](#) et devra répondre aux standards utilisés pour l'évaluation indépendante de la qualité des rapports d'évaluation de l'UNICEF (méta-évaluation) à travers le [GEROS](#). Chaque constat, conclusion et recommandation devra être numéroté et lien entre les uns et les autres devra être bien explicite dans la section des conclusions et recommandations.
4. Un **rapport final d'évaluation** (2 rapports en total). Ce produit sera d'au plus 40 pages et intégrera un résumé exécutif d'au plus 4 pages. Le contenu du rapport d'évaluation devra être conforme aux normes et standards de qualité de l'UNEG mentionnés par les présents TdR et devra surtout répondre aux critères de l'UNICEF en matière de qualité des rapports d'évaluation (GEROS).
5. Une **note de synthèses** d'au plus 5 pages par pays qui servira d'outil de dissémination des principales conclusions et recommandations de l'évaluation (3 notes de synthèse en total).
6. Un **rapport régional** d'au plus 50 pages présentant un résumé des évaluations des 2 pays. Ce rapport doit correspondre aux mêmes standards et avoir la même structure comme les rapport pays.

## 9.4. Gestion de l'évaluation

*Le gestionnaire de l'évaluation* : Le Conseiller Régional pour l'Évaluation auprès du Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre sera le gestionnaire global de l'évaluation. Ceci contribuera à la préservation de l'indépendance de l'évaluation. Le gestionnaire doit s'assurer du respect des normes et standards de l'UNICEF ainsi que du respect des normes de qualité<sup>7</sup>. Il sera

---

<sup>7</sup> <http://www.unevaluation.org/document/detail/1914> ; <http://www.unevaluation.org/document/detail/607>

le point focal de l'équipe d'évaluation et sera responsable de la validation des documents. Il veillera également à ce que le comité de pilotage de l'évaluation soit informé de l'état d'avancement de l'évaluation.

Le Contrôle de qualité de l'évaluation sera effectué au moyen d'une revue des TDR, de la méthodologie et des rapports et assuré par le gestionnaire de l'évaluation en coordination avec le comité de pilotage et le bureau régional de l'UNICEF pour garantir la qualité.

Le Conseiller régional en évaluation du Bureau pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre contribuera à l'assurance qualité des produits finaux de l'évaluation.

### 9.5. Principes de conduite éthique de l'évaluation

L'évaluation finale du programme conjoint doit être réalisée selon les principes éthiques et les normes définis par le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (GNUE).

- **Anonymat et confidentialité.** L'évaluation doit respecter les droits des personnes qui fournissent des informations, en garantissant leur anonymat et la confidentialité.
- **Responsabilité.** Le rapport doit faire état de tous les conflits ou divergences d'opinion ayant pu se manifester entre les consultants (e) ou entre le consultant (e) et les responsables programmes concernant les conclusions et/ou recommandations de l'évaluation. L'ensemble de l'équipe doit confirmer les résultats présentés, les éventuels désaccords devant être indiqués.
- **Intégrité.** L'évaluateur se devra de mettre en évidence les questions qui ne sont pas expressément mentionnées dans les TdR, afin d'obtenir une analyse plus complète du partenariat.
- **Indépendance.** Le consultant doit veiller à rester indépendant vis-à-vis du programme examiné, et il ne devra pas être associé à sa gestion ou à quelque élément de celle-ci.
- **Incidents.** Si des problèmes surviennent au cours du travail de terrain, ou à tout autre moment de l'évaluation, ils doivent être immédiatement signalés au Spécialiste Suivi Evaluation à l'UNICEF. Si cela n'est pas fait, l'existence de tels problèmes ne pourra en aucun cas être utilisée pour justifier l'impossibilité d'obtenir les résultats prévus par l'UNICEF dans les présents termes de référence.
- **Validation de l'information.** Le/la consultant (e) se doit de garantir l'exactitude des informations recueillies lors de la préparation des rapports et sera responsable de l'information présentée dans le rapport final.
- **Propriété intellectuelle.** En utilisant les différentes sources d'information, le consultant se doit de respecter les droits de propriété intellectuelle des institutions et des communautés examinées.
- **Soumission des rapports.** Si la soumission des rapports est repoussée, ou dans le cas où la qualité des rapports soumis serait nettement moins bonne que ce qui a été convenu, les sanctions prévues dans les présents termes de référence s'appliqueront.

### 9.6 Conditions de la prestation

- Les membres de l'équipe seront basés à leur domicile (sauf lors de la mission), et utiliseront leur propre matériel de bureau et leurs propres ressources. Deux missions sont prévues (une au Niger et une au Burkina Faso). Des discussions périodiques avec le Bureau Pays UNICEF auront lieu et les commentaires du Bureau Pays et du Bureau Régional de l'UNICEF seront intégrés dans les produits finaux du consultant.
- La soumission des produits se fera par voie électronique et selon le calendrier ci-dessus. • La maîtrise du français et de l'anglais est requise.
- Les membres de l'équipe ne sont pas autorisés à utiliser le matériel rassemblé pour cette mission dans le cadre d'une autre mission de travail sans l'autorisation écrite explicite de l'UNICEF.

Les frais d'avion seront couverts au taux de la classe économique, conformément aux politiques de l'UNICEF, et les indemnités journalières de subsistance pendant les missions sur le terrain, conformément aux taux de l'indemnité journalière de subsistance de l'UNICEF.

Les frais de service seront payés en trois versements comme suit :

---

- 30% après la validation des notes de cadrage (2) pour les deux évaluations pays ;
- 30% après la soumission des rapports provisoires (2) pour deux trois évaluations ;
- 40% après validation des rapports finaux des évaluations pays (2), du rapport régional (1), des notes de synthèse (3), et des présentations PPT finales (3).

#### Recours de l'UNICEF en cas de performance insatisfaisante :

Les paiements seront effectués pour les travaux achevés de manière satisfaisante et acceptés par l'UNICEF.

#### 9.7 Documents à soumettre dans l'offre

Il est demandé aux cabinets ou Institutions intéressés, de soumettre un dossier administratif, une **offre technique** et une **offre financière**.

#### Dossier administratif

Il doit comporter les documents suivants :

- Un document administratif de création,
- Une attestation de paiement des impôts quitus fiscal,
- Une attestation de paiement des cotisations sociales

Ce dossier n'est pas noté mais simplement vérifié. Cependant l'absence d'un ou de plusieurs documents administratifs en conformité et à jour peut entraîner le rejet pur et simple de l'ensemble de la soumission.

L'offre technique comprendra :

- Les références techniques du soumissionnaire : expérience et travaux similaires exécutés par le cabinet
- Une note méthodologique (maximum 20 pages sans annexes) qui devra démontrer :
  - ✓ La compréhension des TdR (y compris des buts et des objectifs) ;
  - ✓ Les méthodes de collecte et d'analyse des données y compris la stratégie d'échantillonnage que l'équipe estime pertinentes afin de répondre aux questions de l'évaluation incluses dans les TdR ;
  - ✓ Des justifications valides pour l'utilisation de chacune des méthodes de collecte et d'analyse identifiées ;
  - ✓ Un plan de travail y compris une définition claire des rôles et responsabilités que l'équipe de l'évaluation va jouer par rapport au Bureau Régional et les Bureaux Pays de l'UNICEF, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe de l'évaluation ;
  - ✓ La note méthodologique ne devra pas répliquer le contenu d'aucune section des TdR à l'exception des questions d'évaluation
- La liste des experts proposée pour la mission accompagnée de curriculum vitae détaillé incluant les références des expériences antérieures pour chaque expert.

Les propositions seront évaluées sur la base des critères indiqués dans le tableau ci-dessous.

#### Critères de l'évaluation des propositions

Numéro	Critères d'appréciation	Sous critères d'appréciation	Notes détaillées	Notes totales
1	Référence technique	Expérience du cabinet dans les évaluations similaires pour les 2 ou 3 dernières années	10	10
2	Méthodologie	Cadre méthodologique de référence pour la réponse aux questions d'évaluation <i>(Selon la pertinence du cadre proposé pour la réponse aux questions d'évaluation)</i>	10	25
		Méthodes de collecte des données y compris l'échantillonnage <i>(Selon la pertinence et la cohérence de la proposition pour la réponse aux questions d'évaluation)</i>	8	
		Méthodes d'analyse des données	7	

Numéro	Critères d'appréciation	Sous critères d'appréciation	Notes détaillées	Notes totales
		<i>(Selon la pertinence et la cohérence de la proposition pour la réponse aux questions d'évaluation)</i>		
3	Capacité d'organisation de l'équipe d'évaluation pour l'exécution du mandat	Plan de travail de l'évaluation <i>(Selon la pertinence des activités et du chronogramme proposé pour la délivrance des produits attendus, surtout en vue des échéances établies)</i>	7	10
		Rôles et responsabilités des membres de l'équipe d'évaluation <i>(Selon la pertinence de la répartition des rôles et responsabilités pour l'atteinte des résultats escomptés dans les délais requis)</i>	3	
4	Expertise et Expérience du consultant principal	Expertise du/de la consultant(e) principal(e) <i>(Selon l'expertise en évaluation en général et en évaluation basée sur l'équité, les droits humains et le genre)</i>	6	12
		Expérience du/de la consultant(e) principal(e) <i>(Selon la qualité du rapport soumis dans le cadre de la proposition, cela aidera à estimer l'expérience dans le domaine de l'évaluation en général et dans le domaine thématique ciblé en particulier et en tant que chef d'équipe d'évaluation)</i>	6	
5	Expertise et Expérience des autres membres de l'équipe d'évaluation	Expertise des autres membres de l'équipe d'évaluation <i>(Selon l'expertise dans le domaine thématique ciblé, la connaissance du contexte et la maîtrise des méthodes d'évaluation et de recherche)</i>	7	13
		Expérience des autres membres de l'équipe d'évaluation <i>(Selon l'expérience dans le domaine de l'évaluation en général et dans le domaine thématique ciblé au niveau national)</i>	6	
<b>Note totale attribuée à l'offre technique</b>				<b>70</b>
<b>Note totale attribuée à l'offre financière</b>				<b>30</b>
<b>Note globale</b>				<b>100</b>

La note technique minimale pour la qualification est fixée à 50 points sur 70 et seules les offres financières relatives aux dossiers techniques ayant obtenu une note technique  $\geq 50$  points sur 70 seront prises en considération dans la suite de la sélection.

L'offre technique et le dossier administratif doivent être reliés en un seul document comportant les deux (2) parties distinctes. L'offre technique ne doit comporter aucune information financière sous peine de rejet.

### Offre financière

L'offre financière doit être en hors taxes, hors TVA, en franc CFA ou en dollar US pour les cabinets internationaux, et comporter les précisions ci-dessous. Elle devra couvrir l'ensemble des dépenses rentrant dans le cadre de cette évaluation y compris la rémunération souhaitée, les frais de séjour, frais de voyage internationales et nationales (billets en classe économique doivent être budgétisés), l'assurance voyages et autres. Les matériels informatiques et de communications nécessaires pour la bonne organisation de l'évaluation seront à la charge d'équipe de l'évaluation. Il est à noter que les frais d'organisation des réunions ou ateliers techniques seront pris en charge par l'UNICEF. L'offre financière devra être présentée séparément de l'offre technique et ne sera examinée que pour les candidats dont l'offre technique est jugée techniquement valable (ayant obtenu un score minimal de 50 points). L'offre devra être soumise en dollars américains et le montant total de l'offre (tout frais inclus) devra être indiqué.

### Evaluation de l'offre financière

La note maximale de 30 points sera attribuée au soumissionnaire qui aura fait l'offre la moins chère. La note financière des autres soumissionnaires sera calculée selon la formule ci-dessous :

### Sélection finale

**L'offre la mieux disante, ayant obtenu la note globale la plus élevée, sera retenue pour le contrat à émettre.**

## **ADRESSE DE SOUMISSION DE L'OFFRE TECHNIQUE ET FINANCIERE**

L'offre sera publiée sur le site de UNGM (United Nations Global Marketplace) [www.ungm.org](http://www.ungm.org) sous la référence « 9152486 » et partagée sur plusieurs sites spécialisés dans le domaine de l'évaluation.

Les offres (financières et techniques) doivent être envoyées via deux (02) emails distincts :

- a) L'email de l'offre technique aura pour objet la mention : « Offre Technique LRFPS -2019-9152486\_Evaluation Multi-pays du programme de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère – Burkina Faso & Niger »
- b) L'email de l'offre Financière aura pour objet la mention : « Offre Financière LRFPS -2019 - 9152486\_Evaluation Multi-pays du programme de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère – Burkina Faso & Niger »
- c) Les emails contenant les offres techniques et offres financières seront envoyés à l'adresse mail suivant : [wcarooperations@unicef.org](mailto:wcarooperations@unicef.org) au plus tard le mardi 15 octobre 2019 à 00 :00 GMT.