

RECRUTEMENT – CABINET DE CONSULTANT (CONTRAT INSTITUTIONNEL)
TERMES DE REFERENCE (TDR)

Titre de la Consultation: Consultation internationale pour la réalisation d’une évaluation indépendante de la composante Survie et Développement de l’enfant (CSD) du programme de coopération UNICEF-Guinée 2013-2017 (période : Janvier 2013 à Juillet 2016)

Source de financement de la consultation:

WBS : - Grant :

1. Préparé par: **J B SENE, Chief SPPM&E**

2. **Lieu d’exécution du contrat :**
Conakry

1. Contexte :

La Guinée est à un point critique de son processus de développement politique, économique et social. Le pays reste l’un des plus pauvres au monde malgré sa très grande richesse en ressources naturelles. Selon les données disponibles (principalement ELEP 2012 et EDS-MICS 2012), le taux de pauvreté a augmenté entre 2007 et 2012, passant de 53 % à 55,2 %. Plus de 6,2 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté établi à 1,25 dollars par personne et par jour. L’extrême pauvreté (c.-à-d. la capacité de satisfaire les besoins alimentaires de base) est passée de 12,2 % à 18,0 % sur la même période.

Le système global de prestation des services sociaux de base, déjà faible avant la crise Ebola, a été soumis à une très forte pression supplémentaire due aux répercussions économiques et sociales de la crise Ebola qui a duré 2 années entières (2014 et 2015). Déclenchée en Décembre 2013 et reconnue officiellement comme épidémie à partir de Mars 2014, la maladie a touché 31 districts sanitaires sur les 38 que compte le pays, représentant une population de 9 millions d’habitants sur les 10,6 millions d’habitants que compte le pays (RGPH, 2014). Entre 2014 et 2015, 3.351 personnes ont été confirmées infectées par Ebola parmi lesquelles, 2.083 personnes en sont décédées.

Les indicateurs de santé déjà faibles avant la crise Ebola se sont davantage dégradés sous l’effet de la psychose entretenue autour d’Ebola, entraînant par endroits la fermeture de structures sanitaires. Concernant la fréquentation des services de soins maternels et infantiles, les statistiques disponibles indiquent une baisse de 20% pour les accouchements assistés et 25% pour les consultations prénatales. Il en est de même de la couverture vaccinale qui a connu une baisse de 30%¹. L’épidémie de la maladie à Virus Ebola a été révélateur des faiblesses du système de santé notamment en ce qui concerne : i) le sous-financement du secteur santé ; ii) la mauvaise gouvernance à tous les niveaux avec l’inexistence de structures et mécanismes fiables de redevabilité ; iii) la faible capacité des districts sanitaires à assurer leurs fonctions essentielles ; iv) la faible densité des ressources humaines de qualité, particulièrement au niveau décentralisé, v) la faible implication des communautés, vi) la faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle, vii) la faible disponibilité de médicaments, vaccins, équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité ; viii) la mauvaise gestion de l’information sanitaire pour les prises de décisions et la gestion des services particulièrement au niveau décentralisé.

Bien que le taux de mortalité infanto-juvénile se soit amélioré sur la période 2005 à 2012 (passant de 163 à 122 pour 1000 naissances vivantes), il est fort probable que les conséquences de l’épidémie Ebola sur le système de

¹ Rep. de Guinée. Stratégie de relance et de résilience socio-économique post-Ebola. Version révisée au 25 Juin 2015.

santé ait détérioré cet indicateur qui était déjà critique. Les principales causes de mortalité infanto-juvénile restent, en plus de la malnutrition pour un tiers des cas, le paludisme (26% des cas), les infections respiratoires (13% des cas) et la diarrhée (08% des cas). L'EDS-MICS 2012, indiquait qu'au cours des deux semaines précédant l'enquête, 6% des enfants de moins de 5 ans ont souffert d'IRA, 29% ont eu de la fièvre et 16% de la diarrhée. Les maladies telles que le tétanos maternel et néonatal, la rougeole et la poliomyélite ne sont pas encore éradiquées. Des cas de rougeole et de poliomyélite ont été notifiés en 2015 et de TMN en 2014.

Le Taux de mortalité maternelle, qui était aussi en baisse (passant de 980 à 724 pour cent mille naissances vivantes entre 2005 et 2012) s'est aussi probablement dégradé avec l'impact de l'épidémie Ebola sur le système de Santé. En effet, le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié qui était déjà faible (48 % dont 32 % en milieu rural et 84 % en milieu urbain) a connu une baisse de 20% (et 25% pour les consultations prénatales) du fait de l'épidémie Ebola.

L'enquête Nationale SMART réalisée auprès de plus de 8.000 participants avec des résultats représentatifs par région et par préfecture pour la zone de Kankan, a montré que la prévalence de la malnutrition aigüe (MAG) est passée de 31% en 2012 à 26% en 2015 au niveau national. Des taux de malnutrition chronique globale et sévère respectivement de 25,9% et 9,2% et des taux d'insuffisance pondérale globale et sévère de 16,2% et 4,4% sont notés. Les taux de malnutrition aigüe selon le périmètre brachial est de 5,1% dont 1,3% de sévère. Selon le sexe, la malnutrition touche les enfants de sexe masculin plus que ceux de sexe féminin. La prévalence de la malnutrition augmente avec l'âge pour la malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale alors qu'elle diminue pour la malnutrition aigüe. Elle comporte des disparités selon le milieu d'habitation, le revenu de la famille et le niveau d'instruction. En dix ans, les prévalences de la malnutrition ont faiblement baissé. La quasi-totalité des enfants sont allaités (97 % en 2015). Cependant, l'allaitement maternel exclusif des enfants jusqu'à six mois n'est pratiqué que par 27% des femmes.

L'approvisionnement des populations en eau potable s'est dégradé aussi (67,8% en 2012 contre 64,4% en 2015) tandis que l'accès à un système d'assainissement amélioré ne s'améliore pas ou très peu (30,7% en 2012 contre 31,8% en 2015). Déjà en 2012, la proportion d'individus utilisant de l'eau potable est passée de 74,1 % en 2007 (dont 90,9% en milieu urbain et 67,8 % en milieu rural) à 68,6% en 2012 (dont 92,9% en milieu urbain et 57,1% en milieu rural). La privation ainsi que la disparité entre milieu urbain et milieu rural se sont accrues durant cette période. L'eau de boisson n'est pas traitée dans 74% des ménages (81 % en milieu rural et 58 % en milieu urbain). On note que 36 % des ménages utilisent encore des fosses d'aisance sans dalle ou trous ouvert et 20 % ne disposent pas de toilette. Ces proportions sont plus élevées en milieu rural (respectivement 47% et 29 %).

Le pays reste par ailleurs fragile et marqué par les différents types de conflits et tensions, y compris les violences politiques, les conflits au niveau communautaire, les tensions sociales et ethniques, et l'instabilité liés aux conflits et menaces terroristes dans la région, et les catastrophes naturelles. Rien que pour l'année 2013, 157.676 personnes ont été sinistrées par les inondations et 16.711 personnes ont été déplacées par les conflits intercommunautaires dans le sud du pays. Le faible niveau de prévention, de préparation et de réponse aux conflits et crises au niveau national reste un défi majeur.

Dans le domaine de la mise en œuvre du CPAP, la crise Ebola a surtout perturbé les plans d'investissement de l'UNICEF comme des autres agences du SNU et radicalement changé les priorités. En effet, la riposte à l'épidémie Ebola a contraint l'UNICEF, comme le gouvernement et tous ses partenaires à détourner l'essentiel des ressources disponibles vers l'urgence Ebola. De ce point de vue, l'épidémie Ebola a été une contrainte majeure dans la mise en œuvre du Programme. L'exécution de bon nombre des programmes au niveau des différentes composantes a été mise en mal au plus fort de l'épidémie (2014-2015) au profit de l'urgence Ebola. En définitive, la première phase de mise en œuvre du Programme a été menée dans un environnement peu favorable à l'obtention de résultats à travers les différentes composantes du programme.

Cependant, la fin de l'épidémie Ebola, apporte de nouvelles opportunités pour le retour des investisseurs dans le pays et la mise en œuvre de la 2^e phase du programme (2016-2017). Le Plan national de relance post-Ebola,

la promulgation de la Loi statistique (en Aout 2015) et les nouvelles technologies de collecte des données (RapidPro, U-report) sont autant d'opportunités sur lesquelles le programme compte bâtir au cours de cette deuxième phase.

2. Justification

Alors que le Programme de coopération 2013-2017 avait été conçu initialement avec 7 composantes (1-Santé de la mère et de l'enfant; 2-Nutrition pour la Survie ; 3-Enfants et le VIH/SIDA ; 4-EHA ; 5-Education de base de qualité; 6-Protection des enfants ; 7- Politiques Sociales, Plaidoyer, Suivi et Evaluation), la crise Ebola a montré la nécessité d'une meilleure intégration programmatique, particulièrement des composantes 1, 2, 3 et 4 plus haut, autour du concept de « Survie et Développement de l'Enfant » (*Child Survival and Development – CSD*).

La Revue à Mi-Pacours du programme en Novembre 2015 a certes abouti à la décision de maintenir les 7 composantes (pour un meilleur alignement avec le Plan Stratégique global d'UNICEF - avec quelques ajustements) mais a surtout renforcé la perspective d'une meilleure intégration entre les volets 1-Santé de la mère et de l'enfant; 2-Nutrition pour la Survie ; 3-Enfants et le VIH/SIDA ; et 4-EHA, autour du Programme « Survie et Développement de l'Enfant ».

Les résultats visés par les composantes du CSD sont les suivants :

1. **Santé de la mère et de l'enfant** : D'ici fin 2017, les femmes, les enfants surtout les plus vulnérables ont accès et utilisent les interventions de santé à haut impact et les communautés connaissent et adoptent les Pratiques Familiales Essentielles de la santé pour réduire la mortalité maternelle et infantile y compris en situation d'urgence.
2. **Nutrition pour la Survie** : D'ici 2017, la malnutrition infantile et maternelle est réduite chez les plus vulnérables et les ménages adoptent les comportements favorables à la bonne nutrition et hygiène alimentaire.
3. **Enfants et le VIH/SIDA** : D'ici 2017, les enfants (incluant les adolescents) et les femmes surtout les plus vulnérables ont accès et utilisent les interventions à haut impact appropriées pour réduire la transmission, la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA et éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
4. **Eau – Hygiène- Assainissement** : La prévalence des maladies diarrhéiques est réduite de 15% et l'incidence par helminthiases diminuée de 10% et au moins 30% des parents, tuteurs, chefs de familles et enfants lavent leurs mains à l'eau et au savon aux moments cruciaux, consomment de l'eau potable et savent traiter l'eau à domicile avant sa consommation et utilisent des latrines hygiéniques.

La présente évaluation devra entre autres vérifier et mesurer l'effectivité et l'impact de l'intégration de ces 4 composantes. L'analyse devra aussi montrer la pertinence de ce choix vis-à-vis des ODD, de l'initiative mondiale «Une promesse renouvelée pour la survie de l'enfant», et du plan stratégique à moyen terme 2014-2017 de l'UNICEF au niveau global.

3. Objectifs :

L'objectif principal de cette évaluation est d'appréhender la pertinence et les performances du Programme Survie et Développement de l'Enfant et de ses différentes composantes, sur la période Janvier 2013 – Juillet 2016.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Vérifier la pertinence du Programme « Survie et Développement de l'Enfant » et de ses différentes composantes vis-à-vis du contexte et des priorités nationales et internationales ;
- Evaluer la contribution de l'UNICEF à la prise en compte des droits de l'enfant dans les politiques et stratégies nationales relatives à la survie de l'enfant ;
- Analyser/évaluer l'impact de l'intégration des composantes du CSD vis-à-vis de l'atteinte des objectifs nationaux ;

- Analyser l'adéquation entre les résultats poursuivis, les ressources du programme CSD et son positionnement (globalement et celui de chaque composante) par rapport au mandat de l'UNICEF ;
- Proposer des recommandations opérationnelles pour l'amélioration du programme en 2017 et pour le nouveau programme de coopération 2018-2022.

L'évaluation examinera d'une manière systématique et objective (dans la mesure du possible) la pertinence, la cohérence et l'efficacité des interventions d'appui de l'UNICEF aux partenaires nationaux.

4. Etendue de l'évaluation

Le programme CSD appui la mise en oeuvre de programme national de développement sanitaire (PNDS) à l'échelle nationale. L'évaluation portera sur les interventions mises en oeuvre par le programme dans le cycle actuel 2013-2017. L'évaluation se focalisera sur les domaines et interventions suivants :

- Au niveau national : contribution du programme au développement des stratégies sectorielles et partenariats en phase avec les objectifs nationaux et OMD ;
- Au niveau local/district sanitaire : contribution du programme à l'amélioration de l'offre des services et aux changements des comportements en faveur de la survie et développement de l'enfant.

5. Critères et questions de l'évaluation

a. Cohérence et complémentarité

- Dans quelle mesure les interventions du programme sont-elles en ligne avec les priorités du gouvernement et les demandes des partenaires nationaux, y compris au niveau local et régional ? Dans quelle mesure l'UNICEF assure-t-elle la cohérence et la complémentarité des interventions avec les autres composantes du programme-pays et les interventions des autres agences du SNU.
- Dans quelle mesure les interventions humanitaires, notamment contre Ebola contribuent à la résilience post-crise et au processus de développement ?
- Dans quelle mesure les interventions de la SMI, HIV/SIDA, WASH et Nutrition sont intégrées et permettent d'offrir un paquet d'intervention à haut impact aux enfants les plus vulnérables ?

b. Pertinence

- Les interventions du programme répondent-elles aux objectifs du programme et aux priorités fixées par le pays et les partenaires au développement ?
- Les priorités stratégiques du programme sont-elles basées sur une analyse des problèmes d'équité et leurs causes ont été suffisamment profondes ?
- Les interventions du programme adressent-elles les goulots d'étranglement liées à la réduction de la mortalité maternelle et infantile ?
- Les résultats attendus du programme et la redevabilité de l'UNICEF sont-ils clairement définis ?

c. Efficacité

- Dans quelle mesure le plaidoyer et les interventions de l'UNICEF ont-ils contribué à un dialogue politique focalisé sur l'équité ?
- Dans quelle mesure les outils d'opérationnalisation du programme pays permettent-ils le ciblage des enfants exclus ?
- Dans quelle mesure le programme a contribué aux progrès réalisés dans le domaine de la survie de l'enfant ?
- Dans quelle mesure le programme s'appuie sur des procédures adaptées pour appuyer les partenaires et assurer un transfert de compétence ?
- L'appropriation nationale du programme est-elle satisfaite ?
- Les activités planifiées suffisent-elles (en quantité et en qualité) pour atteindre les résultats, ou y a-t-il des gaps non couverts par d'autres partenaires ou le gouvernement ?

- Les interventions du programme sont-elles suffisamment concentrées et hiérarchisées pour atteindre des résultats et éviter le saupoudrage?

d. Efficience

- Le programme dispose-t-il des ressources financières et humaines nécessaires pour atteindre les résultats ?
- Les ressources disponibles ont-elles été utilisées de façon efficace, aux yeux des résultats obtenus ?

e. Durabilité

- Les conditions nécessaires pour une appropriation des interventions par la partie nationale sont-elles satisfaites ?
- Y-a-t-il des interventions du programmes qui ont été complètement intégrées et financées sur le budget propre du pays au lieu ou en complément de celui du programme de l'UNICEF ?
- Le programme a-t-il identifié et développé les partenariats nécessaires pour la réalisation des résultats attendus ?
- Les interventions prennent-elles suffisamment en compte la résilience des communautés ?

f. Genre et approches basées sur les droits humains

- Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-elle intégré l'approche genre dans la conception et la mise en œuvre de ses interventions ?
- Les détenteurs de droit ont-ils été identifiés et leurs capacités évaluées dans la phase de planification du programme ?
- Les recommandations de la CDE et la CEDEF ont-elles été prises en compte lors de l'élaboration du programme ?

g. Coordination et mécanismes de mise en œuvre

- Les partenariats établis sont-ils les plus indiqués pour l'atteinte des résultats escomptés ?
- Dans quelle mesure les procédures administratives d'attribution des financements et de gestion du programme favorisent-elles ou freinent-elles l'adaptation des actions aux besoins des bénéficiaires ?
- Dans quelle mesure l'introduction de VISION et l'outil FACE améliore-t-elle significativement les chances d'obtenir les résultats attendus ?
- Dans quelle mesure les mécanismes de suivi et de coordination ont-ils d'une part été focalisés sur les résultats et d'autre part ont-ils contribué à les améliorer et à assurer le continuum urgence-développement?

6. Processus et Méthodologie de l'évaluation

L'évaluation utilisera des méthodologies variées, incluant des méthodes qualitatives, des méthodes quantitatives consistant à une analyse des données d'enquête quantitative existantes (EDS-MICS 2012, SMART 2015, etc.) et l'examen de documents existants pour atteindre les objectifs et répondre aux questions décrites ci-dessus. La méthodologie doit être en ligne avec l'approche basée sur les droits humains et le genre.

Les méthodes quantitatives : comprennent l'examen et l'analyse des données quantitatives existantes. Cette analyse portera sur l'analyse des données des EDS-MICS 2012, les SMART réalisés depuis 2013, les données des rapports indépendants sur la couverture vaccinale, les données administratives des différents programmes (e le PEV, programmes national de Lutte contre le paludisme, contre le VIH/SIDA, le programme nationale de Nutrition, etc.)

Les méthodes qualitatives incluent des groupes de discussion, des entretiens auprès d'informateurs clés. L'équipe d'évaluation sera encouragée à explorer des méthodes novatrices de collecte d'informations qualitatives pour compléter les informations quantitatives. Les entretiens avec des informateurs clés y compris le personnel de

l'UNICEF, des autres agences du SNU, les bénéficiaires qui jouent un rôle clé dans la mise en œuvre de la stratégie de la survie du jeune enfant.

La revue des documents existants comprendra les documents clés de l'intervention, y compris, mais sans s'y limiter, les UNDAF, CPD, CPAP, PNDS, les plans de travail, etc. La liste des données et des documents existants sera préparée et fournie à l'équipe d'évaluation.

Le cabinet en charge de l'évaluation ou les consultants présenteront une note de cadrage de l'évaluation avec une méthodologie détaillée, qui inclut des éléments à la fois quantitatifs et qualitatifs, conçues pour répondre avec précision aux questions clés. Cette note doit préciser les informations générales disponibles, une déclaration claire du problème, des questions et des problèmes qui doivent être couverts, les hypothèses à tester, les méthodes, les mesures d'assurance de la qualité, et comment les données seront analysées et rapportées. Cette note doit 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.

La méthodologie décrira la raison d'être de cette méthodologie, la faisabilité et la précision, l'exhaustivité et l'utilité des résultats qui peuvent être attendus. Un chronogramme détaillé indiquant les produits attendus par dates précises et responsables sera proposée par le cabinet en charge de l'évaluation ou les consultants.

Un comité national de pilotage sera mis en place pour valider la méthodologie. Celle-ci devrait s'appuyer sur les meilleures pratiques pour les évaluations dans la mesure du possible.

7. Gouvernance de l'évaluation et engagement des partenaires.

Le gestionnaire de l'évaluation sera l'unité de suivi-évaluation de la section SPPM&E, en étroite collaboration avec le staff senior du CSD. Le SPPM&E s'assurera du respect des normes et standards de l'UNICEF ainsi que du respect des normes de qualité en coordination avec le comité technique. Il veillera également à ce que le comité de pilotage de l'évaluation soit informé de l'état d'avancement de l'évaluation.

Le Comité de pilotage présidé par le Directeur du BSD du Ministère de la Santé, comprend les partenaires de mise en œuvre du programme CSD. Il doit accompagner et animer tout le processus de l'évaluation. Les membres du comité seront désignés par le comité de pilotage avec le souci de garantir l'indépendance de l'évaluation.

Le Contrôle de qualité : les TDRs, la méthodologie et les rapports seront revus par le comité de pilotage, le comité technique et le bureau régional de l'UNICEF pour en garantir la qualité.

8. Produits attendus

Les évaluateurs doivent produire les documents suivants

- **Note de cadrage** : qui présente la méthodologie d'évaluation et explique clairement comment l'approche apportera les réponses aux interrogations de l'évaluation et permettra de réaliser l'objectif de l'évaluation. La note doit contenir les outils de collecte de données, le plan d'analyse, le plan de travail avec un chronogramme détaillé.
- **Un premier draft du rapport avec une présentation Ppt au cours d'une session de restitution**
- **L'intégration par les consultants dans le draft des commentaires reçus à l'issue de la présentation**
- **Le rapport final (version électronique et deux exemplaires en copie dure)**
- **Le plan de mise en œuvre des recommandations selon le canevas en annexe.**

Ces produits seront soumis aux comités de pilotage et technique pour validation.

9. Durée et Calendrier de la consultation

La durée de la consultation est de huit semaines (mois d'Aout et Septembre). Le cabinet sélectionné devra présenter un calendrier des principales activités et les résultats attendus à chacune des étapes processus d'évaluation.

La consultation aura lieu à la fin du 2ème semestre 2016.

Conditions de Travail :

L'évaluation sera menée par une institution qui doit mobiliser un consultant international chef d'équipe avec une très forte expérience en évaluation des programmes de sante publique et deux consultants nationaux.

Le consultant international (team leader P5) doit avoir les qualifications et expériences requises suivantes:

- Bac+5 ou doctorat dans un des domaines suivants : santé publique, sciences sociales, etc.
- Au moins 10 ans d'expérience sur des postes à responsabilité, y compris des postes d'évaluation et d'analyse dans le domaine de la sante dans des institutions comparable à l'UNICEF ;
- Bonne connaissance des programmes de santé publique et d'évaluation, y compris dans les situations d'urgence et connaissance de la littérature actuelle dans le secteur en général ;
- Excellentes compétences dans le domaine de la recherche, notamment le développement des modèles et outils d'analyse ;
- Excellentes compétences orale et écrite en français ; connaissance de l'anglais sera un plus
- Bonne connaissance du contexte local, y compris des institutions et des personnes clés
- Compétence dans le domaine des entretiens/interviews et dans le domaine de la facilitation.

Les consultants nationaux rapporteront et seront supervisé directement par le consultant principal (team leader). Les qualifications et expériences requises pour les consultants nationaux (NOD), sont les suivantes:

- Maîtrise ou diplôme d'étude supérieur dans un des domaines suivants : médecine, santé publique, sciences sociales, évaluation des programmes de développement, etc.
- Au moins 5 ans d'expérience sur des postes à responsabilité, y compris des postes d'évaluation et d'analyse dans le domaine de la sante
- Bonne connaissance des programmes de santé publique et d'évaluation, et connaissance de la littérature actuelle dans le secteur en général
- Excellentes compétences orale et écrite en français ; la connaissance de l'anglais sera un plus
- Bonne connaissance de la gestion axée sur les résultats
- Bonne connaissance du contexte local, y compris des institutions et des personnes clés
- Compétence dans le domaine des entretiens/interviews et dans le domaine de la facilitation.

Instruction spécifique /informations complémentaires (si nécessaire):

L'offre technique devra comprendre les éléments suivants :

- Une note montrant :
 - la compréhension de la mission et des axes méthodologiques proposés dans les termes de référence ;
 - la description des outils qui seront utilisés pour la collecte et le traitement des données ;
 - un calendrier indicatif des activités ;

L'offre financière devra couvrir les éléments suivants :

- Les honoraires journaliers ;
- Les coûts du voyage par avion ;
- Les frais de mission pour le séjour à Conakry et sur le terrain (tarifs différenciés) ;
- Les autres frais éventuels liés à la réalisation de la consultation

Date souhaitée de début de la consultance: 10/08/2016

Date de fin de la consultance : 10 Octobre 2016

1. Revu par :	Signature :	Date:
2. Approuvé par:	Signature :	Date: