

Title	Funding Code	Type of engagement	Duty Station: Home based,
Impact des transferts monétaires dans la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère mise en œuvre par UNICEF et ses partenaires dans la province du Tanganyika, République Démocratique du Congo		<input checked="" type="checkbox"/> Consultant <input type="checkbox"/> Individual Contractor	Avec des missions dans la Zone de santé de Manono et autres zones de santé à identifier dans la Province de Tanganyika
<b>Purpose of Activity/Assignment:</b> De manière générale, le consultant International sélectionné aura à : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluer l'impact de la mise en œuvre du transfert monétaire dans le traitement de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, dans les bras d'interventions et bras contrôle durant l'intervention, dans la province du Tanganyika.</li> </ul> De façon spécifique : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Analyser et comparer les indicateurs de performance (taux de guérison, taux d'abandon, taux de récurrence, taux de mortalité et de morbidité) et de qualité (gain de poids moyen, durée moyenne de séjour)</li> <li>➤ Analyser et comparer les admissions et l'anthropométrie (PB, croissance staturale) sur l'ensemble du traitement et 6 mois après l'inclusion</li> <li>➤ Analyser et comparer les pratiques alimentaires avec un accent sur la diversité alimentaire des ménages surtout des enfants 6-23 mois</li> <li>➤ Analyser et comparer l'utilisation des ATPE</li> </ul>			
<b>Scope of Work:</b> Type d'étude : Etude longitudinale en cohorte dynamique <b>1. Contexte</b> Au cours de la dernière décennie, malgré les efforts significatifs combinés des partenaires, des agences du système de Nations unies, telles que UNICEF, et du gouvernement et, en dépit d'énormes potentialités en ressources naturelles (eau, minerais, forêts), la malnutrition aiguë sévère (MAS) affecte encore des centaines de milliers d'enfants de moins de cinq ans en République Démocratique du Congo (RDC). En effet selon l'enquête MICS 2018, plus d'un million d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë sévère alors que la prévalence nationale de l'émaciation a significativement diminué passant de 16 % en 2001 à 6,5 % en 2018 avec 2,0% pour la forme sévère. Au niveau provincial, 12 provinces sur 26 présentent des taux de MAS supérieurs à 2% (seuil d'urgence). Les provinces d'Ituri (6,1%) et du Nord Ubangui (6,1%) ont les prévalences d'émaciation sévère les plus élevées. Les prévalences d'émaciation au niveau provincial cachent des disparités lorsque l'on considère les enquêtes Zonales. Bien que la malnutrition soit responsable à 45% de la mortalité chez les jeunes enfants, le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a connu une baisse en RDC sur les 30 dernières années. En effet, ce taux est passé de 184 décès pour 1.000 naissances vivantes en 1990 à 70 décès pour 1.000 naissances vivantes en 2018, soit une réduction de 62%. Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en RDC reste élevé malgré sa baisse significative. Selon l'OMS, la RDC figure parmi les 5 pays au niveau mondial et le deuxième pays en Afrique subsaharienne après le Nigeria ayant enregistré la moitié des décès de moins de 5 ans en 2019. Parmi les déterminants de la malnutrition en RDC, les pratiques alimentaires inadéquates des communautés et le manque d'accès aux services sociaux de base sont incriminées. En effet, elles favoriseraient une consommation alimentaire très déséquilibrée faiblement riche en micro et macronutriments. Et parmi les causes de ce régime inadapté, on cite la faiblesse des revenus qui empêche les dépenses pour une alimentation adaptée, la faible production végétale pour certaines cultures, la faible production animale, et des habitudes alimentaires qui parfois défavorisent l'équilibre des rations consommées (4). En plus des pratiques alimentaires, plusieurs autres facteurs aggravent la malnutrition en RDC, notamment : 1) l'insécurité due à l'activisme des groupes armés à l'Est (Provinces du Nord Kivu, Sud Kivu, Maniema et Ituri) et dans le Sud Est du pays (Tanganyika), qui entraîne des mouvements de population et une précarité extrême de ceux fuyant loin de leurs villages ; 2) les épidémies de rougeole, de choléra, d'Ebola affectant la santé des enfants de moins de 5 ans dans certaines Zones ; 3) les aléas climatiques qui menacent souvent la production agricole ; des saisons sèches qui se prolongent et des inondations qui affectent souvent la sécurité alimentaire des ménages, 4) Le faible accès physique à certaines Zones en raison d'un manque d'infrastructures routières, limitant l'accès aux humanitaires.			

Ces trois dernières années (2017-2020) ont été marquées par l'amélioration de la couverture géographique de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (augmentation de 68% depuis 2013, soit une couverture actuelle de 145/515 zones de santé) et par la mise en place de programmes conjoints (de 3 à 5 ans) assurant le déploiement de paquets d'interventions à l'échelle des Zones de santé ainsi que des interventions multisectorielles (santé, nutrition, Wash, protection, sécurité alimentaire, éducation...) en réponse aux crises nutritionnelles. Ces interventions s'alignent aux objectifs du plan national stratégique multisectoriel de nutrition, ainsi qu'aux plans successifs de réponse humanitaire multisectoriels.

## **2. Justification**

Dans le cadre du Plan stratégique de l'UNICEF (2020-2030) ainsi que du programme de l'UNICEF visant à accroître la résilience des ménages, des communautés et des systèmes, il a été préconisé l'intégration et l'élargissement de la modalité de transferts monétaires (TM) dans la mise en œuvre des interventions pour obtenir de meilleurs résultats en faveur des enfants. Les résultats de certaines études<sup>2</sup> indiquent que les transferts monétaires en complément des programmes peuvent potentiellement améliorer les résultats des interventions en nutrition. En effet, les transferts ciblés d'argent liquide jouent un rôle important dans l'amélioration de l'alimentation des ménages. Ils permettent principalement de réduire la pauvreté chronique ou transitoire et de prévenir l'appauvrissement lié aux périodes de crises. Ils améliorent la sécurité alimentaire des ménages les plus vulnérables non seulement à travers un régime alimentaire adéquat et équilibré mais aussi grâce à l'amélioration des conditions de vie en général, notamment l'accès aux services de santé et à l'éducation, le développement des moyens de production des ménages afin d'assurer l'avenir de leurs enfants et de leur famille.

En RDC, un projet pilote de transfert d'argent liquide aux ménages vulnérables dans la Province du Kasai Oriental en 2014-2015 avec le financement d'UNICEF et le partenaire Save the Children a prouvé que les transferts d'espèces constituent une solution viable pour améliorer les résultats de nutrition chez les enfants traités pour la malnutrition aiguë sévère. C'est un filet de sécurité contre le risque de rechute et, il permet aux enfants de rattraper de manière continue leur retard en matière de poids et de périmètre brachial, jusqu'à six mois après leur admission au traitement.

L'étude sur « les effets des transferts monétaires inconditionnels sur le résultat du traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) : un essai randomisé en grappes en République démocratique du Congo » réalisé durant la mise en œuvre du projet Pilote de transfert d'argent liquide aux ménages vulnérables dans la Province du Kasai Oriental avec le financement d'UNICEF en 2014-2015, a révélé que les chances de guérison d'un enfant atteint de malnutrition aiguë sévère étaient supérieures de 35% dans le groupe bénéficiaire de l'intervention comparativement au groupe témoin. Les taux de non-réponse au traitement et d'abandon de celui-ci sont apparus plus faibles dans les ménages recevant l'aide en espèces. Tous les résultats nutritionnels obtenus dans le groupe bénéficiaire de l'intervention ont été sensiblement meilleurs que ceux enregistrés dans le groupe témoin. Au bout de six mois, 80 % des enfants issus des ménages bénéficiaires des transferts d'espèces avaient retrouvé le périmètre brachial et l'indice poids-pour-taille couché/debout qui étaient les leurs avant l'apparition de la pathologie, ou montraient des signes de rattrapage de ces mesures. Dans le groupe témoin, moins de 40 % des enfants ont présenté une complète guérison, et l'état nutritionnel d'un grand nombre d'entre eux s'est dégradé après la fin du traitement. Dans les deux groupes, une amélioration notable des scores de diversité et de consommation alimentaire par rapport aux données de référence avait été observée. Cette amélioration est apparue sensiblement supérieure dans le groupe bénéficiaire de l'intervention, comparativement au groupe témoin.

L'étude qui fait l'objet de ces TDR permettra de tirer des leçons des différentes expériences et contextes afin de déterminer les standards et les normes sur les transferts monétaires dans les interventions de Nutrition en RDC.

Afin de consolider l'analyse du pilote au Kasai Oriental, l'UNICEF recherche un consultant individuel qui pourra réaliser la recherche action dans la province du Tanganyika (zones de santé initialement identifiées pour 2021 : Manono) en se basant sur les hypothèses suivantes :

## **3. Question et hypothèses de recherche**

### **a) Question de recherche**

Les transferts monétaires semblent être un moyen efficace pour permettre aux ménages les plus vulnérables d'accéder à la nourriture et de couvrir certaines carences nutritionnelles. Avec des ressources accrues, ils pourraient diversifier davantage leur alimentation et acheter des aliments de meilleure qualité. Le transfert monétaire a-t-il un effet direct sur l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants pris en charge selon le protocole PCIMA dans le contexte de la province du Tanganyika ?

### **b) Hypothèses de recherche**

Nous supposons que la mise en place du transfert monétaire dans le traitement de la MAS avec un protocole standard associé à des activités complémentaires de promotion des pratiques d'alimentation appropriées contribuerait à :

- Un meilleur gain de poids à travers une meilleure adhérence au traitement, une meilleure croissance moyenne du périmètre brachial (PB) et une diminution de la durée moyenne du traitement ;
- Une meilleure adhésion au programme à travers une diminution du nombre de rechutes et d'abandons ;
- Une réduction de la proportion des rechutes partant du constat que la couverture des programmes de prévention des différentes formes de malnutrition reste très limitée en RDC. Effectivement, même si un enfant atteint de MAS reçoit les soins adéquats, la probabilité de rechute est importante puisqu'il est renvoyé dans le même environnement où les causes de la malnutrition sévissent toujours.

Notre hypothèse secondaire serait que les stratégies de transfert monétaire améliorent et accélèrent l'adoption des pratiques clés de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et familiales par :

- La diminution du partage des ATPE au sein du ménage ;
- L'adoption de pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ;
- L'amélioration et la diversification du régime alimentaire au sein du ménage surtout pour les enfants de 6-23 mois

#### 4. Objectifs

L'objectif de "l'étude sur l'effet des transferts monétaire dans la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère mise en œuvre par les partenaires de l'UNICEF dans la province du Tanganyika" est d'évaluer l'impact de la mise en œuvre du transfert monétaire sur le traitement de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (résultats et durée du traitement). Cette étude ciblera initialement la ZS de Manono comme zone d'intervention et une zone contrôle qui n'est pas ciblée par le programme Cash mais présente un contexte similaire, et sera mise en œuvre pour une durée de 15 mois soit 3 mois en 2021 et 12 mois en 2022. Elle pourra être étendue à une autre zone de santé du Tanganyika en 2022 en fonction du développement du projet cash/nutrition.

- De façon spécifique, le consultant sélectionné aura à analyser et comparer entre les enfants du groupe intervention (ménages bénéficiant des TM) et les enfants du groupe témoin (ménages n'en bénéficiant pas) :  
Les indicateurs de performance (taux de guérison, taux d'abandon, taux de décès) et de qualité (gain de poids moyen, durée moyenne de séjour)
- Les admission et l'anthropométrie (PB, croissance staturale)
- Les scores de diversité alimentaire à l'admission et 6 mois après l'inclusion
- Les pratiques alimentaires des enfants de 6-23 mois inclus dans cette recherche action
- L'utilisation des ATPE chez les enfants bénéficiaires et non bénéficiaires des transferts monétaires

#### 5. Informations sur l'intervention

L'UNICEF RDC a obtenu un financement pour la mise en œuvre d'un projet sur les transferts monétaires humanitaires (HCT) afin de compléter le traitement des enfants de moins de 5 ans atteint de malnutrition aiguë sous sa forme sévère (MAS). L'UNICEF RDC mettra en œuvre les interventions via un partenaire de mise en œuvre dans la Province du Tanganyika, dans la zone de santé de Manono.

Faisant suite aux différentes modalités de transfert de Cash (transferts monétaires, des coupons, en nature, la prestation de services ou une combinaison de modalités), la modalité choisie pour cette intervention est non restreinte, donc inconditionnelle. Cette modalité permet de répondre à une grande variété de besoins flexibles en préservant la dignité des bénéficiaires et en permettant aux bénéficiaires de choisir comment dépenser l'argent en espèces mis à leur disposition.

Chaque ménage enregistré recevra l'équivalent de 73 USD chaque mois. Le montant proposé est le 45% de la dépenses minimum (MEB) alimentaire pour un ménage composé de 5 membres. Le calcul de la valeur de transfert a été calculé pour répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant malnutri et du reste des membres du ménage. Le panier de dépenses minimum (MEB) a été utilisé pour orienter le calcul avec les prix collectés sur les marchés locaux.

La durée proposée de l'assistance est de 6 mois. Les bénéficiaires inscrits recevront une allocation mensuelle en espèces pendant 6 mois.

Le mécanisme d'octroi du transfert est le Mobile Money via un téléphone portable. Le mobile money est considéré comme étant plus discret et plus sûr pour les bénéficiaires. Il permettra également aux bénéficiaires de percevoir à distance le transfert après la guérison lorsqu'ils n'auront plus besoin de se rendre dans les centres de santé.

## 6. Caractéristiques de l'étude

L'étude sera menée dans la province du Tanganyika dont les résultats de l'enquête MICS 2018 montrent une prévalence de 1,7% pour la malnutrition aigüe sévère et de 4% pour la malnutrition aigüe globale. La situation alimentaire est fragilisée par une faible disponibilité de la nourriture, une production insuffisante et l'inaccessibilité de certaines routes de desserte agricoles. Selon les résultats EFSA (Mai Juin 2020), 29% des ménages ont un score de consommation alimentaire (acceptable) et seulement 5,2% ont un régime minimal acceptable.

En février 2020, une enquête transversale réalisée par International Medical Corps (IMC) et PRONANUT dans la zone de santé de Manono estimait la prévalence de la MAS à 1,9% et de la MAG à 11,9%. La ZS de Manono est ciblée pour mettre en œuvre les activités de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère en faveur de 2,842 enfants âgés de 6 à 59 mois.

**Résultats attendus :** L'étude longitudinale en cohorte dynamique cherche à montrer que les transferts monétaires peuvent fournir un filet de sécurité qui empêche la rechute et permet un rattrapage de poids et de PB continu jusqu'à 6 mois à compter de l'admission.

L'essai randomisé permettra de comparer l'impact des transferts monétaires sur les résultats, la qualité, la couverture et la durée du traitement MAS, sur le statut nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois initialement dans la ZS de Manono au Tanganyika, l'amélioration de l'accès à des aliments de haute qualité, permettant aux ménages non seulement de répondre aux besoins minimaux de survie mais aussi de diversifier leurs régimes alimentaires au sein d'une société caractérisée par un niveau élevé de malnutrition.

## 7. Profils du consultant

- Lettre de manifestation d'intérêt
- Offre technique de la consultance relative à l'étude incluant :
  - Analyse succincte sur la compréhension des TdRs
  - Protocole/méthodologie,
  - Cadre d'analyse
  - Chronogramme
- Offre financière
- CV du consultant

## 8. Confidentialité des données et des documents

Le consultant doit respecter la confidentialité complète des données collectées ainsi que des documents spécifiques qui seront produits tout au long de cette consultation. Le consultant ne peut utiliser les documents et les données que pour les tâches liées à ces termes de référence.

## 9. Condition d'utilisation des résultats

Les données, les informations et la publication des recherches sont les propriétés intellectuelles de l'UNICEF et devront être définis au Préalable avec l'UNICEF.

## 10. Condition de paiement

Le paiement défini dans le budget dans le cadre du contrat s'effectuera en fonction des produits attendus et de différents livrables. Les éléments de livrables doivent être soumis mensuellement à l'UNICEF, en attendant de compléter les autres éléments de chaque livrable. En plus des factures certifiées ainsi que les justificatifs y afférents devront être soumis avant paiement.

## 11. Conditions de Travail

- Le consultant doit avoir son équipement informatique et pourra accéder au réseau internet de l'UNICEF via le Wi-Fi
- Le consultant aura à charge sa propre assurance.
- Pour les déplacements à l'intérieur du pays (Zones de santé ciblées), le consultant se déplacera toujours avec le point focal de Nutrition

## 12. Financements et appui

L'étude sera financée par l'UNICEF RDC qui aura la charge de la sélection et du consultant.

---