

Termes de Référence de la Recherche

Independent Third Party Monitoring – Evaluation Rapide de sécurité alimentaire et nutritionnelle

[DRC2107]

République Démocratique du Congo

Juin 2021

V1

REACH Informing more effective humanitarian action

1. Résumé

Pays d'intervention	<i>République Démocratique du Congo</i>				
Type d'urgence	<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle	<input checked="" type="checkbox"/> Conflit	<input type="checkbox"/> Autre (<i>spécifier</i>)		
Type de crise	<input type="checkbox"/> Crise soudaine	<input type="checkbox"/> Crise à progression lente	<input checked="" type="checkbox"/> Crise prolongée		
Agence(s) / Organisme(s) mandataire(s)	REACH Food Security and Livelihood (FSL) Cluster				
Code projet IMPACT	21 APU				
Durée totale de la recherche (<i>de la conception de la recherche aux produits finaux / M&E</i>)	15/05/2021-01/03/2022				
Calendrier de la recherche <i>Ajouter les échéances planifiées (pour le premier cycle si plusieurs)</i>	1. Pilote / formation : 08-10/08/2021		6. Présentation préliminaire : 24/08/2021		
	2. Début de la collecte de données : 11/08/2021		7. Produits envoyés pour validation : 26/08/2021		
	3. Fin collecte de données : 19/08/2021		8. Produits publiés : 27/08/2021		
	4. Données analysées : 23/08/2021		9. Présentation finale : 27/08/2021		
	5. Données envoyées pour validation : 23/08/2021				
Nombre d'évaluations	<input type="checkbox"/> Une seule évaluation (un cycle) <input checked="" type="checkbox"/> Plusieurs évaluations (plus d'un cycle) <i>5 évaluations rapides de la sécurité alimentaire, intégrant des analyses de causes sous-jacentes</i>				
Etape(s) humanitaire(s) clé(s) <i>Spécifier ce que l'évaluation va informer et quand, par exemple : le Cluster Abris va utiliser ses données pour rédiger son Revised Flash Appeal;</i>	Etapes		Echéances		
	<input type="checkbox"/>	Plan/stratégie d'un bailleur	_ _ / _ _ / _ _ _ _		
	<input type="checkbox"/>	Plan/stratégie inter-cluster	_ _ / _ _ / _ _ _ _		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Plan/stratégie d'un cluster (Sécurité Alimentaire)	Planification informée de façon ponctuelle jusqu'en mars 2022		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Plan/stratégie d'une plateforme d'ONG	Planification informée de façon ponctuelle jusqu'en mars 2022		
<input type="checkbox"/>	Autre (spécifier):	_ _ / _ _ / _ _ _ _			
Type d'audience & Dissémination Spécifier qui l'évaluation va informer et comment	Type d'audience		Dissémination		

<p>les produits seront disséminés pour informer l'audience</p>	<p><input type="checkbox"/> Stratégique <input checked="" type="checkbox"/> Programmatique <input checked="" type="checkbox"/> Opérationnelle <input type="checkbox"/> [Autre, Spécifier]</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Envoi général des produits (par exemple, via email aux consortiums d'ONG, aux participants de l'équipe humanitaire du pays, aux bailleurs) <input checked="" type="checkbox"/> Envoi aux clusters (par exemple, Education, Abris, EHA) et présentation des résultats à la prochaine réunion du cluster <input checked="" type="checkbox"/> Présentation des résultats (par exemple à la réunion de l'équipe humanitaire du pays; d'un Cluster) <input checked="" type="checkbox"/> Dissémination à travers de sites internet (Relief Web & REACH Resource Centre) <input type="checkbox"/> [Autre, spécifier]</p>
<p>Plan détaillé de dissémination requis</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p>
<p>Objectif général</p>	<p>Informer les acteurs humanitaires de la situation de la sécurité alimentaire dans des territoires qui ont subis un nouveau choc ou particulièrement vulnérables aux chocs, et permettre d'améliorer la capacité des acteurs humanitaires à identifier des populations à risques d'accroître leur insécurité alimentaire afin d'adapter la réponse humanitaire dans le domaine de façon pertinente.¹</p>	
<p>Objectif(s) spécifique(s)</p>	<p>1. Avoir une meilleure compréhension de l'état de sécurité alimentaire des ménages, de leurs vulnérabilités et de leur capacité de résilience face à des chocs² potentiels ou actuels</p> <p>2. Avoir une meilleure compréhension de l'impact qu'ont l'accès à la santé et à l'eau, hygiène et assainissement (EHA) sur la vulnérabilité des ménages en matière d'insécurité alimentaire</p> <p>3. Avoir une meilleure compréhension de la façon dont les chocs affectent les décisions des ménages, telles que leurs décisions de déplacements ainsi que leurs stratégies de survie.</p>	
<p>Questions de recherche</p>	<p>Quel est l'état d'insécurité alimentaire actuel, le niveau d'accès à des moyens de subsistance, ainsi que les besoins des populations en terme de sécurité alimentaire ?</p> <p>Quels sont les chocs spécifiques qui ont affectés les ménages ces 6 derniers mois ? Dans quelle mesure les stratégies d'adaptation utilisées par les populations participant-elles à atténuer l'impact des chocs ?</p> <p>Quelles sont les vulnérabilités des ménages ayant subi un choc ? Quel est l'impact des mouvements de population sur le niveau d'insécurité alimentaire du ménage?</p> <p>Quel est le niveau d'accès aux services de santé et aux infrastructures EHA? Quelles sont leurs utilisations par la communauté ? Quelles sont les difficultés rencontrées pour accéder aux services de santé ?</p>	
<p>Couverture géographique</p>	<p>L'évaluation aura lieu dans les régions en phase d'urgence d'insécurité alimentaire (phase 4 dans l'étude <i>Integrated Food Security Phase Classification</i> (IPC) publiée en mars 2021 :</p>	

¹ Nous incluons également des indicateurs de nutrition tels que la prise de mesure des périmètres brachiaux, selon les ressources financières et temporelles. Cette méthodologie supplémentaire est développée en annexe.

² **Choc**: au minimum 250 ménages affectés par des événements déclencheurs tels que des conflits ou désastres naturels ayant entraîné des mouvements de population, des atteintes à la vie humaine et aux droits fondamentaux, ou encore des pillages et la destruction de moyens d'existence et de biens essentiels ; Lorsque des vies humaines sont menacées par des problématiques de nature structurelles (épidémies, malnutrition aiguë et insécurité alimentaire aiguë) et lors de crise de protection.

	Haut Lomami, Ituri, Kasai, Kasai central, Kasai oriental, Nord-Kivu, Tanganyika) ³ , mais également les régions ayant subi des nouveaux chocs impactant leur état de sécurité alimentaire tels que soulignées par les partenaires du CSA et les systèmes d'alerte, ainsi que potentiellement les régions ayant des taux élevés de malnutrition. Les axes des zones de santé seront définis en collaboration avec le CSA ainsi que différents partenaires.			
Sources de données secondaires	Données secondaires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ REACH données Suivi multisectoriel de la situation et des besoins humanitaires (HSM) ▪ OCHA, IOM, WFP Aperçu des besoins humanitaire (HNO) ▪ OCHA, Plan de réponse humanitaire 2021 ▪ Cash Working Group, Paniers de Dépenses Minimum (MEB) national harmonisé, mai 2021 ▪ Données sur les prix alimentaires collectées par la Cellule d'Analyse des Indicateurs du Développement (CAID) ▪ Données sur les prix alimentaires collectées par le Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET) ▪ Données sur les prix alimentaires collectées par le Programme Alimentaire Mondial (PAM), Vulnerability Analysis Mapping (VAM) ▪ Système Nutritionnel de Surveillance et d'Alerte Précoce (SNSAP) ▪ Enquêtes Démographique et de Santé (EDS) ▪ Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) ▪ Comité Provincial d'Action de l'eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (CPAEHA - données WASH au niveau provincial) ▪ Bases de données sur les épidémies (p. ex. SNIS ; PNECHOL-MD) décentralisées au niveau DPS et ZS (épidémies et diarrhées) ▪ Integrated Phase Classification (IPC) ▪ Evaluation de sécurité alimentaire en situation d'urgence (EFSA) par WFP, VAM ▪ Commission de mouvements de populations (CMP) 			
Population(s) <i>Sélectionner tout ce qui s'applique</i>	<input type="checkbox"/>	PDI dans des camps	<input checked="" type="checkbox"/>	PDI dans des sites informels
	<input checked="" type="checkbox"/>	PDI dans des communautés hôtes	<input type="checkbox"/>	PDI [Autre, spécifier]
	<input type="checkbox"/>	Réfugiés dans des camps	<input type="checkbox"/>	Réfugiés dans des sites informels
	<input checked="" type="checkbox"/>	Réfugiés dans des communautés hôtes	<input type="checkbox"/>	Réfugiés [Autre, spécifier]
	<input checked="" type="checkbox"/>	Non-déplacés (hôtes)	<input type="checkbox"/>	Non-déplacés (non-hôtes)
	<input checked="" type="checkbox"/>	Retournés	<input type="checkbox"/>	[Autre, spécifier]
Stratification <i>Sélectionner le(s) type(s) et entrer le nombre de strates</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	Géographique #: 5 axes de zones de santé sélectionnées. La taille de la population par strate est-elle connue ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	Groupe #: La taille de la population par strate est-elle connue ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	[Autre, spécifier] #: __ La taille de la population par strate est-elle connue ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Outil(s) de collecte de données	<input checked="" type="checkbox"/>	Structuré (Quantitative)	<input checked="" type="checkbox"/>	Semi-structuré (Qualitative)
	Méthode d'échantillonnage		Méthode de collecte de données	
Outil structuré de collecte de données # 1	<input type="checkbox"/> Choisi <input type="checkbox"/> Probabiliste / Aléatoire simple		<input type="checkbox"/> Entretien avec informateur clé (# cible): <input type="checkbox"/> Discussion de groupe (# cible):__	

³ Lieu d'implémentation initialement identifiés dans la proposition de projet: Provinces de Ituri, Nord Kivu, Sud Kivu, Tanganyika, Kasai Oriental, Maniema

Sélectionner les méthodes d'échantillonnage et de collecte de données et spécifier le nombre d'entretiens ciblé	X Probabiliste / Aléatoire à deux degrés <input type="checkbox"/> Probabiliste / en grappes (cluster) <input type="checkbox"/> Probabiliste / en grappes stratifiées <input type="checkbox"/> En boule de neige (snowballing)	X Entretien ménage (# cible): Questionnaires ménages, 170 selon population infinie <input type="checkbox"/> Entretien individuel (# cible): _____ <input type="checkbox"/> Observations directes (# cible): _____ <input type="checkbox"/> [Autre, spécifier] (# cible): _____	
Outil semi-structuré de collecte de données # 1 Sélectionner les méthodes d'échantillonnage et de collecte de données et spécifier le nombre d'entretiens ciblé	X Choisi X En boule de neige (snowballing) <input type="checkbox"/> [Autre, spécifier]	X Entretien avec informateur clé (# cible): jusqu'à saturation, 3 minimum par localité (personnels soignants, soigneurs traditionnels, chefs religieux, chefs de communautés) <input type="checkbox"/> Entretien individuel (# cible): _____ <input type="checkbox"/> Discussion de groupe témoin (# cible): _____ <input type="checkbox"/> [Autre, spécifier] (# cible): _____	
Outil semi-structuré de collecte de données # 2 Sélectionner les méthodes d'échantillonnage et de collecte de données et spécifier le nombre d'entretiens ciblé ***S'il y a plus que 2 outils structurés, veuillez dupliquer cette ligne et la compléter pour chaque outil	X Choisi X En boule de neige (snowballing) <input type="checkbox"/> [Autre, spécifier]	<input type="checkbox"/> Entretien avec informateur clé (# cible): _____ <input type="checkbox"/> Entretien individuel (# cible): _____ X Discussion de groupe communautaire (focus group discussion) (# cible): un minimum de 6 par axe de santé minimum ; Femmes et hommes, incluant des personnes vulnérables (personnes âgées, avec handicaps, père ou mère monoparental; jusqu'à saturation et selon les capacités des équipes). <input type="checkbox"/> [Autre, spécifier] (# cible): _____	
Niveau de précision cible si échantillonnage probabiliste	95% niveau de confiance	10% marge d'erreur	
Plateforme(s) de gestion des données	X IMPACT <input type="checkbox"/> [Autre, spécifier]	<input type="checkbox"/> HCR	
Type(s) de produit(s) attendu(s)	<input type="checkbox"/> Aperçu de la situation (profil de la situation) #: __ <input type="checkbox"/> Présentation (résultats préliminaires) #: __ <input type="checkbox"/> Dashboard interactif #: __ <input type="checkbox"/> [Autre, spécifier] #: __	<input type="checkbox"/> Rapport #: __ X Présentation (finale) #: 5 <input type="checkbox"/> Webmap #: __	<input type="checkbox"/> Profil #: __ X Fiche d'information #: 5 <input type="checkbox"/> Cartes #: __
Accès	X Public (disponible sur le Centre de Ressources REACH et autres plateformes humanitaires) <input type="checkbox"/> Restreint (diffusion bilatérale uniquement sur la base d'une liste de diffusion convenue, pas de publication sur la plateforme REACH ou d'autres)		
Visibilité Spécifier quels logos devront apparaître sur les produits	REACH Donneur: FCDO, FH Plateforme de coordination: Cluster CSA Les partenaires: /		

2. Justification

2.1. Contexte et informations générales

Selon l'Aperçu des besoins humanitaire (Global Humanitarian Needs Overview – HNO)⁴ publié en décembre 2020, 19.6 millions de personnes en République Démocratique du Congo (RDC) ont d'importants besoins en termes de protection et d'assistance humanitaire, dans un pays qui continue à être témoin de l'une des crises humanitaires les plus complexes dans le monde. De larges mouvements de population ainsi que des besoins élevés en assistance humanitaire sont causés par une combinaison entre conflits armés dans certaines régions du pays ainsi que des chocs récurrents incluant des catastrophes naturelles et des épidémies. En effet, 5.01 millions de personnes sont déplacées dans le pays, selon le plan de réponse humanitaire de 2020⁵. De plus, le rapport mentionne le fait que les impacts secondaires de COVID-19 ont exacerbés ces vulnérabilités sous-jacentes. Selon la 19^{ème} étude IPC publiée en mars 2021, pour la période actuelle (de février à juillet 2021) 28% de la population analysée (représentant 27,3 million de personnes) est à risque de faire face à un niveau de sécurité alimentaire aigue (IPC phase 3+), avec 6,7 millions classifiés en situation d'urgence (IPC phase 4)⁶.

La fluidité de ce contexte, en particulier dans les provinces de l'est du pays, souligne l'importance des programmes d'urgence dont les mécanismes de réponse rapide. Les besoins en sécurité alimentaire continuent d'augmenter de manière drastique, comme démontré par la 19^{ème} analyse IPC. C'est pourquoi le CSA et REACH ont identifié le besoin d'un soutien supplémentaire en terme de coordination, gestion d'informations et d'analyse au CSA et à ses partenaires en RDC. Tandis que la collecte régulière de données sur la situation de la sécurité alimentaire se fait par le biais de l'enquête annuelle de l'Evaluation de sécurité alimentaire en situation d'urgence (EFSA), le suivi des zones identifiées comme étant à risque d'insécurité alimentaire ou des zones signalées par des mécanismes d'alerte représentent une lacune majeure en RDC. Il est particulièrement difficile d'établir des priorités en cas d'urgence, car les données de l'EFSA sont recueillies annuellement au niveau du territoire (limites administratives de niveau 2), alors que la sécurité alimentaire peut varier fortement d'une zone de santé (limites administratives de niveau 3) à une autre au sein du même territoire.

Dû au caractère extrêmement changeant et volatile de la situation, il existe un manque important de données actualisées suite à un choc ou à d'importants mouvements de population identifiant le changement de la situation ainsi que les besoins de la population. Il manque tout particulièrement des données sectorielles permettant d'offrir une meilleure compréhension des besoins actuels et changeants en matière de sécurité alimentaire dans les régions à hauts risques en RDC (en particulier les zones identifiées en phase 4 de l'IPC). Des évaluations rapides de la sécurité alimentaire, incluant des facteurs multisectoriels et indicateurs nutritionnels lorsque cela est adéquat, sont donc pertinentes pour fournir aux acteurs humanitaires de la RDC un aperçu de la situation alimentaire et des besoins prioritaires des populations des zones à hauts risques d'insécurité alimentaire ainsi que de sous-nutrition. Ces évaluations visent à permettre aux acteurs humanitaires de prendre une décision sur la nécessité d'intervenir dans la zone et d'adapter leurs réponses.

2.2. Effets escomptés

Pour combler ces lacunes en matière d'information, REACH vise à fournir les capacités de collecte de données suivantes :

- Fournir des évaluations rapides des besoins en matière de sécurité alimentaire lorsque le CSA signale la nécessité d'une évaluation dans un axe d'une zone de santé spécifique suite à une alerte et/ou pour assurer le suivi d'une localité identifiée comme à risques élevés. Les évaluations de ces axes pourront également être effectuées dans les zones jugées prioritaires par l'IPC (comme celles classées en Phase 3+) afin de mieux comprendre les facteurs sous-jacents de l'insécurité alimentaire et d'assurer un suivi approprié de la réponse. Ces évaluations de la sécurité alimentaire pourront également être effectuées à la suite d'interventions de sécurité alimentaire si les informations provenant d'organisations partenaires du CSA suggèrent que les besoins persistent à un niveau très élevé malgré les interventions antérieures.

⁴ United Nations – Coordinated support to people affected by disaster and conflict, [Global Humanitarian Needs Overview 2021](#), 2021

⁵ OCHA, [Plan de réponse humanitaire révisé, République Démocratique du Congo 2020](#), Juin 2020

⁶ Pour plus d'information concernant la classification de l'IPC, veuillez-vous référer à ce document : The IPC Global Partners, [IPC Technical Manual Version 3.0](#), Avril 2019

- Les conclusions préliminaires seront partagées avec les partenaires du cluster et les acteurs de la réponse rapide dans un délai d'une semaine après l'évaluation et publiées sur le site web du CSA ainsi qu'avec d'autres organismes de coordination pertinents pour assurer le suivi par les acteurs de la réponse. En partageant ces données dans les mécanismes de coordination officiels tels que le CSA, le Comité de coordination opérationnelle pour la réponse rapide aux alertes humanitaires (CORAH) ou l'Inter-Cluster régional (ICR), cela garantira qu'il existe un lien clair entre les besoins identifiés par les évaluations des points chauds et la prise de décision opérationnelle.
- Les évaluations permettront d'identifier clairement les besoins des populations les plus touchées, ce qui permettra aux organisations partenaires du CSA de planifier rapidement et efficacement leurs interventions en sécurité alimentaire.

3. Méthodologie

3.1. Aperçu de la méthodologie

L'équipe de l'analyse rapide réalisera 5 évaluations rapides qui seront toutes finalisées et les résultats disséminés au plus tard le 01/03/2022. Chaque évaluation procédera comme suit :

1. Engagement des parties prenantes, Cluster et partenaires pour déterminer les axes de zone de santé à haute priorité.
2. Préparation des outils et méthodes d'échantillonnage, et établir des contacts avec les acteurs sur le terrain.
3. Collecte de données (quantitative et qualitative) durant 7 à 10 jours.
4. Présentation des résultats préliminaires aux Clusters, organismes de coordinations et partenaires stratégiques.
5. Publication d'une fiche d'information de 2 à 3 pages résumant les résultats principaux.

Une approche mixte sera utilisée afin d'analyser les besoins de la population en termes de sécurité alimentaire, en réalisant des entretiens auprès des ménages, des groupes de discussions communautaires, des entretiens dirigés auprès d'informateurs clés. Les questionnaires ont été développés sur base des indicateurs de la sécurité alimentaire et selon les informations manquantes et nécessaires pour le CSA et les organisations partenaires. Lorsque cela sera adéquat, une prise de mesure du périmètre brachial des enfants de 6-59 mois et des femmes enceintes et allaitantes sera effectuée, ainsi qu'une vérification de la présence d'œdèmes bilatéraux pour ces enfants.

La méthodologie comprend donc plusieurs étapes :

1. Echantillonnage et identification des lieux d'évaluation
 - Préparation de l'échantillon selon les informations de la population et de l'axe évalués (taille, accessibilité, population présente, zone urbaine ou rurale, niveau de sécurité)
2. Collecte des données primaires
 - Questionnaires ménages
 - Groupes de discussions communautaires
 - Entretiens dirigés des informateurs clés
 - Si nécessaire, mesure des périmètres brachiaux et vérification de la présence d'œdèmes bilatéraux
3. Nettoyage et analyse des données
4. Report et dissémination des données

Questionnaire quantitatif des ménages : Les enquêteurs conduiront le questionnaire ménage auprès du chef de ménage ou un adulte suffisamment informé sur les décisions du ménage si le chef de ménage n'est pas présent, pendant une durée d'environ 30 minutes. L'objectif est d'avoir un échantillon représentatif de l'axe identifié dans la zone de santé, avec un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de +/- 10. Ce questionnaire se focalisera sur les indicateurs de sécurité alimentaire, les chocs vécus par les populations ainsi que les stratégies de survie utilisées pour y faire face. Des informations détaillées concernant la méthodologie se trouve dans le point 3.4 Collecte de données primaires ainsi que dans le point 6 Plan d'analyse des données.

Groupes de discussion communautaire : Des groupes de discussions communautaires seront conduits dans chaque axe sélectionné jusqu'à saturation des données et selon la capacité des équipes sur place. Ces groupes de discussions

communautaires comporteront des questions se concentrant sur les mécanismes de survie et les stratégies utilisées par la communauté pour faire face aux chocs, l'impact de ces chocs, le changement dans les pratiques économiques mais également de santé et de nutrition. Chaque groupe de discussion communautaire sera constitué de 5 à 10 participants, qui seront séparés par genre. Ces groupes de discussions communautaires nous permettront de mieux comprendre les raisons de l'utilisation de stratégies de survies, de changement dans des pratiques de soins ainsi que dans les dépenses des ménages.

Entretiens directifs des informateurs clés : Des entretiens à questionnaire fermé seront conduits auprès d'informateurs clés. Un informateur clé est une personne ayant une connaissance particulière de la communauté, questionnée au moyen de questions clés sur les effets de la crise, l'impact de ces chocs, le changement dans les pratiques économiques mais également de santé et de nutrition. En ce qui concerne cette évaluation rapide, les informateurs clés seront principalement du personnel soignant et/ou des soigneurs traditionnels, des commerçants, chefs religieux ou chefs communautaires dans chaque localité de l'axe évalué. Ces entretiens nous permettront de développer de meilleures connaissances et compréhensions des défis et chocs affectant la population, les stratégies de survie mises en place pour y faire face ainsi que les changements dans les pratiques de soins et alimentaires.

3.2. Population visée

La zone de santé ainsi que l'axe évalué seront identifiés grâce à la collaboration du CSA et ses organisations partenaires, ainsi qu'en utilisant les résultats des études IPC, le Joint Monitoring Framework (JMF) et les mécanismes d'alerte tels que [Ethools](#) ou [l'outil de Mercy Corps « Congo Humanitarian Analysis Team »](#). Ce procédé de sélection se fera selon les critères suivants :

1. Sélection de la zone de santé et de l'axe à évaluer où la situation de sécurité alimentaire est en état d'urgence - phase 4 - afin de comprendre les causes de cette insécurité alimentaire et les mécanismes de survie utilisés par la population.
2. Sélection de l'axe à évaluer dans des zones de santé où la situation de sécurité alimentaire n'est pas en phase d'urgence mais dont le contexte est extrêmement volatile. Et ce afin d'analyser l'état de sécurité alimentaire qui peut changer rapidement pour ces populations.

Cette approche nous permettra d'avoir une compréhension globale des méthodes d'adaptation utilisées par les populations, les difficultés auxquels ils sont confrontés, ainsi que les causes sous-jacentes de l'insécurité alimentaire et en parallèle de la malnutrition. Les collectes de données seront réalisées dans des zones urbaines et rurales afin d'avoir une meilleure compréhension de la zone de santé sélectionnée, afin que l'axe évalué dans la zone de santé soit représentatif.

Echantillonnage : voir ci-dessous dans le point 3.4 Collecte de données primaires.

3.3. Revue des données secondaires

- [REACH données Suivi multisectoriel de la situation et des besoins humanitaires \(HSM\)](#)
- [OCHA, IOM, WFP Aperçu des besoins humanitaire \(HNO\)](#)
- [OCHA, Plan de réponse humanitaire 2021](#)
- [Cash Working Group, Paniers de Dépenses Minimum \(MEB\) national harmonisé, mai 2021](#)
- [Données sur les prix alimentaires collectées par la Cellule d'Analyse des Indicateurs du Développement \(CAID\)](#)
- [Données sur les prix alimentaires collectées par le Famine Early Warning Systems Network \(FEWS NET\)](#)
- Données sur les prix alimentaires collectées par le [Programme Alimentaire Mondial \(PAM\)](#), [Vulnerability Analysis Mapping \(VAM\)](#)
- [Système Nutritionnel de Surveillance et d'Alerte Précoce \(SNSAP\)](#)
- [Enquêtes Démographique et de Santé \(EDS\)](#)
- [Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples \(MICS\)](#)
- Comité Provincial d'Action de l'eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (CPA-EHA - données WASH au niveau provincial)
- Bases de données sur les épidémies (p. ex. [SNIS](#) ; [PNECHOL-MD](#)) décentralisées au niveau DPS et ZS (épidémies et diarrhées)
- [Integrated Phase Classification \(IPC\)](#)
- [Evaluation de sécurité alimentaire en situation d'urgence \(EFSA\) par WFP, VAM](#)

[Commission de mouvements de populations \(CMP\)](#)

3.4. Collecte de données primaires

Une équipe composée de REACH et d'enquêteurs locaux se rendront dans l'axe de la zone de santé identifié pour collecter des données sur le terrain à l'aide des questionnaires pendant 7 à 10 jours (en plus de deux jours de formation des enquêteurs et d'une collecte de données pilote). Lors de l'évaluation, des entretiens seront conduits auprès des ménages ainsi que des informateurs clés, et des groupes de discussions communautaires seront organisés. Les questionnaires pour les ménages et les informateurs clés seront encodés sur Kobo Collect et seront administrés à l'aide de tablettes. Quant aux groupes de discussions communautaires, ceux-ci seront administrés à l'aide d'une version papier.

Rôles et responsabilités durant la phase de collection de données.

Les enquêteurs seront formés aux questionnaires, à l'utilisation de Kobo, aux règles d'éthique durant une à deux journées complètes avant le déploiement sur l'axe et la zone de santé identifiés. De plus, une journée de collecte de données pilote sera organisée afin de s'assurer de la bonne compréhension des outils et de les adapter si nécessaire.

Le chargé de terrain REACH se chargera de superviser la mise en œuvre des questionnaires par les enquêteurs journaliers ainsi que de la mise en œuvre des groupes de discussions communautaires. Un facilitateur et un observateur seront présent lors de chaque groupe de discussion communautaire organisé. Le chargé de terrain fera le tour des enquêteurs journaliers pour superviser la mise en œuvre des questionnaires (vérification ponctuelle ; soutien à la sélection des ménages à enquêter ; clarification du questionnaire ; conseils de mise en œuvre ; etc.). Ils seront séparés en 2 équipes (3 enquêteurs par équipe respectivement) pour enquêter plus rapidement. Les enquêteurs seront dédiés aux enquêtes ménages, aux entretiens avec les informateurs clés. Lorsque les conditions sécuritaires le permettront, le chargé d'évaluation pourra également conduire des groupes de discussion communautaire. Le charge d'évaluation est responsable de la qualité de la collecte des données, d'analyse et de rédaction des rapports.

La méthodologie est décrite ci-dessous pour les différents éléments de la collecte de données primaires :

- 1) Etude quantitative des ménages
- 2) Groupes de discussion communautaire
- 3) Entretiens auprès des informateurs clés

Méthode 1 : Etude quantitative des ménages

Méthode – Les enquêteurs conduiront une enquête d'environ 30 minutes auprès des ménages sélectionnés de façon aléatoire. Le questionnaire inclura des questions sur la sécurité alimentaire, dont des données afin de calculer le Score Alimentaire (SCA) moyen, le score de diversité alimentaire du ménage (HDDS), l'indice des stratégies de survie simplifié (ISS) et l'Indice domestique de la faim (IDF), sur les différents moyens de survie utilisées, l'accès aux services de santé et à l'eau et aux services d'assainissement. La collection des données durera entre 7 à 10 jours par location.

Echantillonnage – Après avoir identifié les zones de santé et l'axe à évaluer selon les critères ci-dessus, nous utiliserons un échantillon aléatoire simple à deux degrés représentatif de l'axe sélectionné parmi une zone de santé. Nous choisirons donc un axe de santé ainsi que des villages parmi cet axe. Nous contacterons différents partenaires afin de se procurer une liste des habitants, si possible. Nous récolterons donc des informations sur la distribution proportionnelle de la population de la zone au sein de chaque village. Nous contacterons également des IC afin de collecter des informations supplémentaires sur de potentiels et récents mouvements de population et éviter d'identifier dans notre échantillon des villages dont toute la population aurait fui. Cette approche nous permettra également d'identifier des villages ayant beaucoup de personnes déplacées ou retournées. Nous triangulerons toutes les informations disponibles afin d'identifier pour chaque village le nombre de ménages à interroger proportionnellement aux nombres d'habitants dans le village. Le nombre d'enquêtes par village sera donc défini proportionnellement à la taille de ces villages. L'échantillon sera calculé selon une population infinie à cause de la complexité à se procurer un nombre exact du nombre de ménages au sein de la population. L'objectif de collecte de données est donc d'avoir un minimum de 170 ménages enquêtés pour chaque axe, afin d'assurer une marge de 15% et d'avoir un échantillon qui soit représentatif de l'axe évalué avec un intervalle de confiance de 95% confiance +/-10. Pour identifier les ménages qui seront enquêtés, nous utiliserons une méthode d'échantillonnage systématique (la méthode « Spin the pen »). Dans chaque localité située dans l'axe sélectionné, si la sécurité et la logistique le permettent, le nombre de maisons par village sera comptabilisé. Nous diviserons ensuite le nombre de ménage comptabilisé par le nombre d'enquêtes à réaliser dans ce village, le nombre obtenu sera le nombre de maison qui seront entre chaque ménage enquêté. Les enquêteurs utiliseront donc cette méthode afin d'avoir un échantillon aléatoire. Cette méthode permettra de limiter les biais de sélection et d'avoir un échantillon représentatif de l'axe sélectionné.

Outils et preuve de qualité – La collecte des données sera réalisée grâce à Kobo, les enquêteurs recevront donc des tablettes pour la collecte des données. Les questionnaires seront téléchargés et utilisés pour recenser les réponses des ménages sans besoin de connexion internet. Les données seront ensuite envoyées chaque soir sur le serveur. Si des erreurs techniques se produisent avec les tablettes, un format papier sera disponible afin que les enquêteurs écrivent les réponses et les retranscrivent dans une autre tablette le soir.

Triangulation, briefing des recenseurs des données – Les enquêteurs seront formés sur l'utilisation des outils et de l'utilisation de l'application Kobo. Les données seront téléchargées à la fin de chaque journée, le chargé d'évaluation surveillera quotidiennement la qualité des données collectées, contrôlera les questionnements et incompréhensions, les erreurs de données ainsi que leur récurrence qui pourrait être liée à une mauvaise compréhension des questions. Des retours et briefings seront donnés aux équipes le lendemain matin. Les données seront ensuite triangulées avec les données qualitatives collectées, ainsi qu'avec les données secondaires.

Méthode 2: Groupes de discussions communautaires

Méthode – Les groupes de discussions communautaires seront conduits afin d'avoir une compréhension plus approfondie et une évaluation qualitative et contextuelle. Le chargé de terrain, ou le chargé d'évaluation si le contexte sécuritaire et organisationnel le permet, conduira les groupes de discussions communautaires en utilisant un format papier du guide d'entretien qualitatif, avec des questions clés ainsi que des questions de relance.

Echantillonnage – Les participants des groupes de discussions communautaires seront sélectionnés selon un échantillonnage intentionnel. La collecte de données sera organisée de sorte à conduire un groupe de discussion communautaire dans chaque village aléatoirement sélectionné lors de la collecte de données ménage, jusqu'à saturation des données. Des groupes de discussion additionnels pourront être organisés si la saturation des données n'est pas atteinte ou en fonction des caractéristiques de l'axe. Par exemple, des groupes de discussion séparés entre les populations hôtes et déplacées seront organisés dans les accueillants des ménages déplacés. Si le village a un nombre de personnes vulnérables important (personnes âgées, ayant un handicap, famille monoparentale), nous pourrions également conduire des groupes de discussion communautaires avec la participation de ces personnes. Nous demanderons au chef de la communauté ainsi qu'à d'autres facilitateurs de rassembler les participants des groupes de discussion. Au sein d'une localité, 5 à 10 participants sont sélectionnés par groupe de discussion.

Outils et preuve de qualité - Les résultats des discussions seront retranscrits chaque soir. Un traducteur sera recruté afin de conduire les discussions dans les langues locales. Un débriefing aura lieu tous les jours afin de s'assurer de la qualité des réponses et retranscription, de la véracité des réponses, mais également pour répondre aux questions ou clarifications potentielles. Le traducteur sera responsable d'assurer que les participants comprennent les questions et que les réponses soient clairement rapportées.

Triangulation, briefing des recenseurs des données - Les groupes de discussions communautaires seront menés par le chargé de terrain, ou par le chargé d'évaluation si le contexte sécuritaire et organisationnel le permet, accompagné d'un traducteur et d'un observateur si nécessaire. Les données récoltées seront triangulées avec les données quantitatives ainsi que les données secondaires.

Méthode 3: Entretiens dirigés avec des informateurs clés (IC)

Méthode - Les personnes à interroger seront choisies sur bases de leurs connaissances techniques et de la situation générale, et sur recommandation d'autres personnes interrogées. Nous utiliserons un questionnaire fermé déployé via l'application Kobo, l'un spécifique pour le personnel soignant et un autre général. Lors d'entretiens dirigés avec les soigneurs traditionnels ou d'autres IC, le responsable de terrain ou un enquêteur réaliseront l'entretien. Le chargé d'évaluation sera responsable de la qualité de ces entretiens dirigés.

Echantillonnage – les informateurs clés seront sélectionnés par un échantillonnage raisonné, en se concentrant sur le degré d'expertise de l'informateur clé et de sa connaissance de la communauté, avec l'utilisation de la technique de « snowballing » (boule de neige) afin de compléter le nombre d'entretiens. Un minimum de 3 informateurs clés par localité seront interrogés. Les informateurs clés seront des commerçants, personnels soignants et/ou soigneur traditionnel, chefs religieux, chefs communautaires.

Outils et preuve de qualité – Les résultats seront discutés chaque soir. Le principe de preuve de qualité est identique à celui des questionnaires, décrit ci-dessus.

Triangulation, briefing des recenseurs des données - Les données récoltées seront triangulées avec les données quantitatives, les groupes de discussions communautaires, ainsi que les données secondaires.

3.5. Traitement et analyse des données

Questionnaire quantitatif des ménages

Contrôle et traitement des données - Les points de contrôle de qualité ci-dessous seront utilisés pour les données concernant la collecte de données des questionnaires ménages :

- Les données GPS seront cartographiées et visualisées afin de contrôler la qualité du travail des enquêteurs (Par exemple, beaucoup de données pour une même localité, duplication de données, etc.) Le chargé d'évaluation vérifiera aussi les données des entretiens comme par exemple la durée des entretiens.
- Les données seront entrées grâce à Kobo et téléchargées sur le serveur global REACH, collectées et introduites par les enquêteurs qui seront formés dans l'utilisation de l'application et du questionnaire en lui-même. Si une connexion internet est disponible, les données récoltées seront téléchargées chaque jour sur le serveur Kobo pour être centralisée et nettoyées par le chargé d'évaluation à la fin de chaque jour de collecte. Le nettoyage des données s'effectuera en suivant la Checklist de standards minimums pour le nettoyage des données (Data Cleaning Minimum Standard Checklist) de IMPACT.
- Un document Excel sera utilisé afin de nettoyer quotidiennement les données ainsi que pour analyser les erreurs et inconsistances.
- Au début de chaque journée de collecte, le chargé d'évaluation conduira une réunion préparatoire de l'équipe pour revenir sur les problèmes rencontrés, clarifier les éléments des questionnaires si nécessaire et répondre à d'éventuelles questions. Un suivi rapproché des enquêteurs sera également mené par le chargé d'évaluation en accompagnant certains enquêteurs dans leurs entretiens et en conduisant des vérifications spontanées auprès des autres enquêteurs.

Analyse des données – Les données seront analysées grâce un document Excel (utilisation de tableaux croisés). Les indicateurs d'insécurité alimentaire (score alimentaire moyen (SCA), l'indice domestique de la faim (IDF), le score de diversité alimentaire du ménage, les stratégies de survie simplifié (ISS), les stratégies de survie des moyens d'existence (LCSI) et les stratégies de survie liées au revenu (ISSR) seront analysées grâce Excel.

Groupes de discussions communautaires – Données qualitatives

Contrôle et traitement des données

Les données seront revues par le traducteur après chaque groupe de discussions communautaires afin de s'assurer qu'aucune donnée n'a été perdue et que les données représentent correctement les réponses des participants. Les retranscriptions seront contrôlées pour éviter des erreurs de contexte.

Analyse des données – Les notes des groupes de discussions et des observations seront retranscrites dans une matrice pour l'analyse. Les matrices des résultats seront envoyées au chargé d'évaluation pour la vérification et pour demander des clarifications aux équipes de terrains si nécessaire. Une grille de saturation sera ensuite utilisée pour organiser les idées identifiées lors des groupes de discussion, puis sera utilisée pour faire apparaître les principales dynamiques et traits au sein de la population.

Entretiens dirigés avec les informateurs clés

Contrôle et traitement des données

Tous les outils seront testés au préalable de la collecte des données et revues par l'équipe nationale afin de s'assurer la bonne compréhension des questions. Le chargé d'évaluation donnera une formation sur les outils, les informateurs clés à interroger ainsi que le procédé de nettoyage de données. Les retranscriptions seront également contrôlées pour éviter des erreurs de contexte.

Analyse des données – L'analyse des données suit le même procédé que pour les questionnaires ménages, c'est-à-dire grâce à l'utilisation d'Excel, voir ci-dessus Questionnaire quantitatif des ménages - Analyse des données.

Veuillez-vous référer au point 5, Plan d'analyse des données pour plus d'informations.

4. Principales considérations éthiques et risques connexes

Le plan de recherche proposé répond / ne répond pas aux critères suivants :

Le plan de recherché proposé...	Oui/ Non	Détails si non (y compris mitigation)
... a été coordonnée avec les parties prenantes concernées afin d'éviter toute duplication inutile d'efforts de collecte de données ?	Oui	

... respecte les participants, leurs droits et leur dignité (en particulier, en demandant un consentement éclairé, en concevant la durée de l'enquête/ de la discussion tout en tenant compte du temps des participants, en assurant une juste restitution des informations fournies) ?	Oui	
... n'expose pas les personnes chargées de la collecte de données à des risques résultant directement de leur participation à la collecte de données ?	Oui	
... n'expose pas les participants / leurs communautés à des risques résultant directement de leur participation à la collecte de données ?	Oui	
... n'implique pas la collecte d'informations sur des sujets spécifiques pouvant être stressants et/ou re-traumatisants pour les participants à la recherche (à la fois les répondants et les personnes chargées de la collecte des données) ?	Oui	
... n'implique pas la collecte de données auprès de mineurs, c'est-à-dire de toute personne de moins de 18 ans ?	Oui	
... n'implique pas la collecte de données auprès d'autres groupes vulnérables, par exemple les personnes avec un handicap, les victimes/survivants d'incidents de protection, etc. ?	Oui	
... suit les SOP d'IMPACT pour la gestion des informations personnelles identifiables ?	Oui	

5. Rôles and responsabilités

Table 2: Description des rôles et des responsabilités

Description de la tâche	En charge	Redevable	Consultée	Informée
Conception de la recherche	Chargé d'évaluation	Chargé d'évaluation Senior	IMPACT HQ / Inter-cluster national (ICN) / CSA / Cluster Nutrition / Country Coordinator (CC)	Cluster/ Partenaires
Supervision de la collecte de données	Chargé d'évaluation, Chargé de terrain	Chargé d'évaluation Senior	CC/ IMPACT HQ	IMPACT HQ
Traitement des données (vérification, nettoyage)	Chargé d'évaluation	Chargé d'évaluation Senior	IMPACT HQ	

Analyse des données	Chargé d'évaluation	Chargé d'évaluation Senior	IMPACT HQ	Cluster, Partenaires
Production des résultats	Chargé d'évaluation	Chargé d'évaluation Senior	CC, IMPACT HQ	Cluster / Partenaires
Diffusion	Chargé d'évaluation	Chargé d'évaluation Senior, CC	IMPACT HQ	Cluster / Partenaires
Monitoring & Evaluation	Chargé d'évaluation	Chargé d'évaluation Senior	CC, IMPACT HQ	
Leçons retenues/ enseignement tiré	Chargé d'évaluation	Chargé d'évaluation Senior	CC, IMPACT HQ	Cluster / Partenaires

Personne en charge: personne(s) en charge de l'exécution de la tâche

Personne redevable: personne qui valide la réalisation de la tâche et qui devra répondre du résultat final

Personne consultée: personne(s) qui doi(ven)t être consultée(s) lorsque la tâche est réalisée

Personne informée: personne(s) qui doi(ven)t être informée(s) lorsque la tâche est terminée

6. Plan d'analyse des données

[Le plan d'analyse de données se trouve via ce lien.](#)

7. Plan de gestion des données

Plan de gestion des données disponible sur demande.

8. Plan de monitoring et d'évaluation

Objectif IMPACT	Indicateur externe de M&E	Indicateur interne de M&E	Point focal	Outil	L'indicateur sera-t-il suivi ?
Les acteurs humanitaires ont accès aux produits IMPACT	Nombre d'organisations humanitaires ayant accès aux services/ produits IMPACT Nombre de personnes ayant accès aux services/ produits IMPACT	# de téléchargements de X produits du Centre de Ressources	Demande du pays au siège	Journal_utilisateur (User_log)	X Oui
		# de téléchargements de X produits de Relief Web	Demande du pays au siège		X Oui
		# de téléchargements de X produits à partir de plates-formes au niveau du pays	Equipe du pays		X Oui
		# de clics sur x produits du bulletin global d'information REACH (<i>global newsletter</i>)	Demande du pays au siège		<input type="checkbox"/> Oui
		# de clics sur x produits du bulletin d'information du pays (<i>country newsletter</i>), sendingBlue, bit.ly	Equipe du pays		<input type="checkbox"/> Oui
		# de visites sur x webmaps/ x dashboards	Demande du pays au siège		<input type="checkbox"/> Oui
Les activités d'IMPACT contribuent améliorer la mise en œuvre des programmes et la coordination de l'intervention humanitaire	Nombre d'organisations humanitaires utilisant les services/ produits IMPACT	# de références dans les documents HPC documents (HNO, SRP, Flash appeals, stratégie de cluster/ de secteur)	Equipe du pays	Journal_référence (Reference_log)	<i>HNO RDC 2022 Plans de réponses régionaux 2022, FSL Cluster stratégies, OCHA, Cluster Nutrition Stratégie</i>
		# de références dans les documents d'un seul organisme			
Les acteurs humanitaires utilisent les produits IMPACT	Les acteurs humanitaires utilisent les données/produits IMPACT comme base de prise de décision, planification et fourniture de l'aide. Nombre de documents humanitaires (HNO, HRP, plan stratégique d'un	Perception de la pertinence des programmes pays d'IMPACT	Equipe du pays	Modèle Usage_Retur et Usage_Sondage (Usage_Feedback and Usage_Survey)	<i>Dissémination des résultats des 5 évaluations rapides avant fin mars 2022. Etude d'utilisation des résultats à être conduite au dernier trimestre de 2022, suite à la dissémination des résultats des 5 évaluations rapides.</i>
		Perception de l'utilité et de l'influence des résultats d'IMPACT			
		Recommandations pour renforcer les programmes d'IMPACT			

	cluster/organisme, etc.) directement informés par les produits IMPACT	Perception des compétences du personnel d'IMPACT		Template)	
		Perception de la qualité des produits/programmes			
		Recommandations pour renforcer les programmes d'IMPACT			
Les acteurs humanitaires sont engagés dans les programmes IMPACT	Nombre et/ou pourcentage d'organisations humanitaires contribuant directement aux programmes d'IMPACT (en fournissant des ressources, en participant à des présentations, etc.)	# d'organisations fournissant des ressources (par ex, personnel, véhicules, espace de réunion, budget, etc.) pour la mise en œuvre des activités	Equipe du pays	Journal Engagement (Engagement_log)	X Oui
		# d'organisations/ de clusters qui participant à la conception de la recherché et à l'analyse conjointe			X Oui
		# d'organisations/ de clusters qui assistant à des séances d'information sur les résultats			X Oui

ANNEXE 1: NOTES METHODOLOGIQUE

Lorsque les ressources temporelles, financières et logistiques nous le permettent, nous incluons également à notre évaluation rapide, la prise de périmètre brachial des enfants de 6-59 mois et des femmes enceintes ou allaitantes.

Nos objectifs incluront donc également de nouveaux éléments :

Objectif(s) spécifique(s)	Définir le proxy Malnutrition Aigüe Globale (MAG) ⁷ grâce à la prise de mesure du périmètre brachial (PB) ⁸ des enfants de 6 à 59 mois ainsi que des femmes enceintes et/ou allaitantes (lorsque cela est adéquat et en consultation avec le Cluster Nutrition).
Questions de recherche	Quel est l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois ainsi que des femmes enceintes et allaitantes dans les axes de santé identifiés ?

Aperçu de la méthodologie

Mesure des périmètres brachiaux (MUAC screening): Selon la capacité de l'équipe ainsi que les recommandations du Cluster Nutrition, une prise de mesure exhaustive des périmètres brachiaux des enfants de 6-59 mois et des femmes enceintes ou allaitantes, ainsi qu'une vérification de la présence d'œdèmes bilatéraux pour ces enfants seront effectués. Ces mesures nous permettront d'évaluer le Proxi MAG et le statut nutritionnel de ces enfants et femmes à risque de malnutrition. Ces mesures seront réalisées dans des zones urbaines et rurales afin d'avoir une meilleure représentativité de l'axe de la zone de santé évaluée. Les échantillons PB et les questionnaires des ménages seront collectés séparément.

Population visée

Sélection de l'axe à évaluer dans des zones de santé où le taux de Malnutrition Aigüe Sévère (MAS)⁹ est extrêmement haut malgré une sécurité alimentaire dans une phase non-urgente, ou à l'inverse des zones de santé où le taux MAS est plus faible malgré une insécurité alimentaire en phase d'urgence, selon les recommandations du Cluster Nutrition.

Collecte de données primaires

Rôles et responsabilités durant la phase de collection de données.

En plus de la formation aux questionnaires, à l'utilisation de Kobo, aux règles d'éthique, les enquêteurs seront aussi formés à la prise de PB avant le déploiement sur l'axe et la zone de santé identifiés.

Le chargé de terrain REACH se chargera de superviser la prise des PB et vérification d'œdèmes (vérification de la qualité de la prise, clarification si nécessaire, etc.). 3 enquêteurs seront dédiés exclusivement à la prise de PB. Ils iront de ménages en ménages pour mesurer les PB des enfants de 6-59 mois et des femmes enceintes ou allaitantes, ils ne seront pas impliqués dans les questionnaires, IC ou groupes de conversation communautaires.

Lorsque nous incluons la prise de mesure des périmètres brachiaux, les différents éléments de la collecte de données primaires seront :

- 1) Etude quantitative des ménages
- 2) Groupes de discussion communautaire
- 3) Entretiens auprès des informateurs clés
- 4) La prise de mesure de périmètre brachial - MUAC screening, et vérification de la présence d'œdèmes bilatéraux.

La méthode de PB et la vérification d'œdèmes bilatéraux serait alors la suivante :

Méthode : Périmètre brachial ainsi que la présence d'œdèmes bilatéraux seront les informations capturées.

⁷ **Malnutrition Aigüe Globale (MAG)** : inclut la malnutrition aigüe sévère et modérée, rapport poids/âge de -2 z-scores en-dessous de la médiane indiquée par les normes OMS de croissance de l'enfant, ou PB<125mm, ou présence d'œdèmes bilatéraux ; définition de l'OMS.

⁸ **Périmètre brachial (PB)** : mesure de la circonférence du bras gauche à mi-distance de l'olécrane (la pointe du coude) et de l'acromion (la pointe de l'omoplate) le bras doit être décontracté ; indice de la masse corporelle et musculaire et est utilisé afin d'identifier rapidement les enfants en état sous-nutrition aigüe ; définition de FAO.

⁹ **Malnutrition Aigüe Sévère (MAS)** : rapport poids/âge de -3 z-scores en-dessous de la médiane indiquée par les normes OMS de croissance de l'enfant, ou PB<115mm, ou présence d'œdèmes bilatéraux ; définition de l'OMS

- PB enfants de 6 à 59 mois – Utilisation de tapes de mesures de périmètres brachiaux généraux pour enfants. Si la mesure est <11.5cm l'enfant est malnutri sévèrement, si la mesure est ≥ 11.5 cm and <12.5cm l'enfant est malnutri modérément. La technique pour la mesure du MUAC est décrite dans d'autre document.¹⁰
- PB Femmes enceintes ou allaitantes – Utilisation de tapes de mesures de périmètres brachiaux pour adultes. Si la mesure est <230 mm la femme est malnutrie.
- Œdèmes bilatéraux - Kwashiorkor est un type de malnutrition caractérisé par une accumulation irrégulière de liquide dans le corps. L'œdème peut être causé par plusieurs raisons médicales, mais l'œdème causé par la malnutrition est observé par un gonflement et des œdèmes dans les deux pieds et jambes. La méthode standard afin d'évaluer la présence d'œdèmes consiste à « exercer une pression normale avec le pouce sur les deux pieds pendant minimum 3 secondes, si l'empreinte du pouce persiste sur les deux pieds, alors l'enfant présente des œdèmes nutritionnels »¹¹.
- Les mesures seront récoltées dans les localités identifiées comme nécessitant ces prises de mesure.

Echantillonnage – Si une collecte de données additionnelle est réalisée pour la prise de mesures des périmètres brachiaux, une liste des habitants, des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants de moins de 5 ans sera demandée, lorsque disponible, auprès des municipalités et des centres de santé. Lorsque ces listes ne seront pas disponibles, un échantillonnage aléatoire sera utilisé au sein des localités de l'axe enquêté. Trois à quatre mesureurs seront dédiés uniquement à la mesure des périmètres brachiaux. Ils auront comme objectif de mesurer le PB de tous les enfants de 6-59 mois et de toutes les femmes enceintes et allaitantes de la localité sélectionnée aléatoirement pour l'évaluation rapide. Ils mesureront le PB de ménage en ménage dans le village en faisant du porte à porte. Cette méthodologie a comme objectif d'atteindre au minimum la mesure de 80% des enfants de 6-59 mois et des femmes enceintes et allaitantes du village. La prise de périmètres brachiaux dépendra, entre autres, de la faisabilité logistique, financière et temporelle.

Outils et preuve de qualité – Un outil quantitatif sera utilisé grâce à l'application Kobo. Les enquêteurs auront des tablettes pour la collecte des données, des tapes de mesure du périmètre brachial pour les enfants et les adultes, ainsi qu'un mètre pour mesurer la taille. Les questions de cette partie seront limitées à : la taille du ménage, la mesure du périmètre brachial de l'enfant ou de la femme enceinte ou allaitante, ainsi que leur âge. Lorsque l'enfant aura des œdèmes bilatéraux, nous demanderons le consentement aux parents afin de prendre des photos de ces œdèmes et ensuite pour que le charge de terrain ou le charge d'évaluation puisse vérifier la présence d'œdèmes bilatéraux selon les critères développés ci-dessus.

Triangulation, briefing des recenseurs des données – Afin d'assurer la qualité des mesures des périmètres brachiaux, les enquêteurs seront formés à la prise de mesures pour les enfants et adultes, ainsi qu'à l'utilisation des tablettes et de l'application. Les données seront téléchargées chaque jour et les mesures de PB seront analysés par le chargé d'évaluation qui utilisera le logiciel SMART Emergency Nutrition Assessment (ENA). Il analysera le ratio âge/sexe et donnera un feedback à l'équipe le lendemain matin. De plus, le chargé de terrain supervisera le travail des mesureurs pour assurer la qualité de la prise des PB.

Note - Tous les enfants étant diagnostiqués comme malnutris sévères seront référés vers le centre de prise en charge ambulatoire de la MAS (Outpatient Therapeutic Feeding Program - OTP) le plus proche, afin d'y être admis et traités. Un document de référencement sera disponible et contiendra les informations obtenues. Les critères pour référer un enfant seront :

- MUAC <11.5 cm
- Présence d'œdèmes bilatéraux.

Traitement et analyse des données

Si des données du périmètre brachial sont récoltées :

Contrôle et traitement des données

Les points de contrôle de qualité ci-dessous seront utilisés pour les données concernant la nutrition :

- Les données GPS seront cartographiées et visualisées afin de contrôler la qualité du travail des enquêteurs (Par exemple, beaucoup de données à une même location, duplication de données, etc.)
- Le format Kobo empêchera les mesures extrêmes et biologiquement impossible (par exemple <50mm).
- Contrôler la déviation standard des mesures du périmètre brachial (idéalement moins de 15 mm)
- Contrôle des photos d'œdèmes afin de vérifier que ceux-ci sont bel et bien des œdèmes bilatéraux selon les critères internationaux développés ci-dessus.

¹⁰ [FANTA, Food and Nutrition Technical Assistance, USAID](#)

¹¹ Formation en Nutrition, Manuel du participants, Module 2. Diagnostic de la malnutrition. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, République de Côte d'Ivoire, USAID, PEPFAR, FANTA, FHI, 2017

Analyse des données – Les données seront analysées grâce au programme SMART ENA, et Excel. Nous désagrégerons les résultats sur base de groupe d'âge (6-29 mois et 30-59 mois)

Diffusion des données – Les données incluant les indicateurs de nutrition seront diffusées séparément des autres résultats de l'évaluation rapide de la sécurité alimentaire. Nous développerons une factsheet spécifique pour ces résultats et partagerons les données avec le Cluster nutrition.

Du point de vue éthique, puisque nous devons impliquer des mineurs (enfants de 6-59 mois) lors de cette prise de mesure des périmètres brachiaux, nous demanderons le consentement des parents au préalable.