

ETAPES POUR UNE COLLABORATION INTERSECTORIELLE REUSSIE - ÉTUDE DE CAS EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



DÉCEMBRE 2021

REMERCIEMENT

Cette étude de cas a été rendue possible grâce au soutien financier de USAID et aux contributions des acteurs des clusters Eau, Hygiène et Assainissement (EHA), Nutrition, Santé, ainsi que Sécurité Alimentaire en République Démocratique du Congo.

Auteurs : Caroline Abla & Rachel Lozano- GNC Help Desk, Kalil Sagno-Coordinateur du cluster Nutrition RDC

PRINCIPAUX INTERVENANTS

SAGNO KALIL, *Coordinateur du cluster Nutrition RDC*, ksagno@unicef.org
DECHENTINNES Thomas, *Coordinateur du cluster EHA RDC*, tdechentines@unicef.org
DJIMTESSEM AYAMBAYE François, *Coordinateur du cluster Santé RDC*, djimtessema@who.int
SEKPON Marc, *Coordinateur du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, marc.sekpon@wfp.org

REMERCIEMENTS- Equipe pays:

PELLÉ Kévin, *Gestionnaire de l'information du cluster Nutrition RDC*, UNICEF, kpelle@unicef.org
MBODJ Daouda, *Co-lead du cluster Nutrition RDC*, COOPI, nutrition.rdc@coop.org
DOCHA Amanda, *Co-Gestionnaire de l'information du cluster Nutrition RDC*, COOPI, imo.cluster.rdc@coop.org
BAYA KIMALANDA Norbert, *Co-lead du cluster Nutrition RDC*, PRONANUT, bayakimalanda01@gmail.com; Françoise KITWANDA, *suppléant co-lead*, PRONANUT
DEUBALBE David, *Co-Facilitateur du cluster EHA RDC*, ACF, washcolead@cd-actioncontrelafaim.org
NSENGIYUMVA Gilbert, *Gestionnaire de l'information du cluster EHA RDC*, ACF, gestim@cd-actioncontrelafaim.org
KAZADI Sylvestre, *Co-facilitateur du cluster Santé RDC*, MDA, sylvestrekzd@gmail.com
LUBOYA MBIYA-NGANDU Henri, *Gestionnaire de l'information du cluster Santé RDC*, OMS, marvinn@who.int
NDUMU Marvin, *Gestionnaire de l'information du cluster Santé RDC*, OMS, marvinn@who.int
BUSAMBO Paul, *CO-Coordinateur du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, FAO, paul.busambo@fao.org
MUKANDILA Papy, *Co-facilitateur du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, ACTED, drc.foodsecurity@acted.org
PASCAUD Yannick, *Gestionnaire de l'information du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, PAM, yannick.pascaud@wfp.org
DIESSE Hermene, *Co-Gestionnaire de l'information du cluster Sécurité Alimentaire RDC*, PAM, hermane.diesse@wfp.org
Willy Kalenga KABILA, *Assistant Humanitarian Affairs Officer*, OCHA kalenga@un.org
Steven TSHIAMALA, *Data Management Assistant OCHA*, steven.tshiamala@un.org;
Placide WELO, *Ministère de la Santé Publique*, pwelo2018@gmail.com

LISTES DES ABREVIATIONS

ANJE-U : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence
BSFP : Blanket Supplementary Feeding Program
EHA : Eau, Hygiène et Assainissement
FCDO: Foreign, Commonwealth & Development Office (UK)
FEFA: Femme Enceinte/Femme allaitantes
FH : Fonds Humanitaires
FOSA : Formation sanitaire
GHO : Global Humanitarian overview (Aperçu global des besoins)
HNO : Humanitarian Needs Overview (Aperçu des besoins humanitaires)
HPC : Humanitarian Programme Cycle (Cycle de programmation humanitaire)
HRP : Humanitarian Respon Plan (Plan de réponse humanitaire)
IPC AFI : Cadre intégré de la classification de l'insécurité alimentaire aiguë
IPC AMN : Cadre intégré de la classification de la malnutrition aiguë
MAG : Malnutrition Aiguë Globale
MAS : Malnutrition Aiguë Sévère
MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples
ODD : Objectif du Développement Durable
PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDI : Personne déplacées interne
PEV : Programme Élargi de Vaccination
PNDS : Plan National du Développement Sanitaire
RDC : République Démocratique du Congo
ReCo : Relais Communautaires
SECAL : Sécurité Alimentaire
SNSAP : Surveillance Nutritionnelle et Suivi des Alertes Précoces
SUN: Scaling Up Nutrition
UE: Union Européenne
USAID: United States Agency for International Development
WIN: Wash in Nutrition
ZS : Zone de Santé

Table des matières

REMERCIEMENT	2
PRINCIPAUX INTERVENANTS	2
LISTES DES ABREVIATIONS	3
RÉSUMÉ	5
CONTEXTE	7
ÉNONCÉ DU PROBLÈME	8
PROCESSUS DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE	10
ETAPES SUIVIES POUR L'INTERVENTION INTERSECTORIELLE EN RDC :	10
1) Formation Intersectorielle	10
2) Création d'un sous-groupe intersectoriel des gestionnaires des informations :	11
3) Formation d'un sous-groupe intersectoriel technique :	11
4) Organisation d'un atelier inter-sectoriel :	11
DÉCLARATION DE RÉSULTATS	14
PRINCIPAUX DÉFIS	15
BONNES PRATIQUES	16
TRANSFÉRABILITÉ ET EXTENSIBILITÉ	17
PROCHAINES ETAPES	17

RÉSUMÉ

Depuis presque 30 ans, la République Démocratique du Congo connaît un contexte de crise humanitaire aigüe et complexe. Les conflits armés, les épidémies dévastatrices comme la rougeole ou la maladie à virus Ebola, associés à des niveaux élevés de pauvreté chronique et à des carences structurelles persistantes, ont aggravé les besoins humanitaires dans de nombreuses régions du pays. De plus, un enfant sur deux souffre de retard de croissance et environ un enfant sur quinze souffre de la malnutrition aigüe sévère. Cette prévalence critique de la sous nutrition est aussi soutenue par une forte prévalence de l'insécurité alimentaire. Selon le plan de réponse humanitaire 2022¹, 27 millions de personnes auront besoin d'une assistance humanitaire en 2022.

Les clusters eau, hygiène, assainissement (EHA), Nutrition, Santé et Sécurité alimentaire ont identifié en fin 2019, l'approche intersectorielle comme un véritable point d'entrée pour réduire significativement la résurgence des crises dans les zones continuellement touchées par les épidémies de choléra et de rougeole, la malnutrition aigüe et l'insécurité alimentaire. Ce travail intersectoriel est basé sur la convergence géographique des secteurs axés sur la fourniture d'un paquet d'activités, en même temps, et pour les mêmes bénéficiaires.

L'organisation de l'approche multisectorielle a nécessité plusieurs étapes successives, importantes pour sa réussite :

- une formation intersectorielle pour préparer les participants à travailler de manière intégrée en mettant en exergue les concepts d'intersectorialité, et présentant les outils, et les processus à utiliser.

- la création d'un sous-groupe intersectoriel des gestionnaires des informations ayant comme objectifs de procéder à une analyse croisée des outils et bases de données utilisées au sein des différents clusters pour par la suite créer un outil d'analyse commune.

- la création d'un sous-groupe intersectoriel technique ayant comme objectif principal l'identification de paquets minimums d'activités pour chaque cluster.

- l'organisation d'un atelier intersectoriel pour définir un paquet d'activités, et son coût par secteur, pour répondre aux différents types de crises couramment rencontrées en RDC ; ainsi qu'une liste de critères (indicateurs et seuils) pour prioriser les zones d'intervention. Le tout est maintenant rassemblé dans un manuel intersectoriel.

Toutes ces étapes ne se sont pas déroulées sans contraintes, notamment liées au contexte, autant sécuritaire que la pandémie du COVID, qui ont beaucoup limité l'accès aux populations dans le besoin. Sans oublier les difficultés logistiques, la faible capacité des partenaires pour la programmation intersectorielle, et le fait qu'aucun des quatre secteurs n'ai obtenu les fonds nécessaires et attendus pour le HRP 2021.

Mais au final, la collaboration intersectorielle entre les quatre clusters s'est traduite par un aperçu global des besoins (HNO) et un plan de réponse humanitaire (HRP) intersectoriels en 2022 et une augmentation des propositions intersectorielles financées de 20% en 2021 à plus de 50% en 2022, ainsi que l'écriture d'un manuel intersectoriel.

¹ [Le plan de réponse humanitaire](#)

Le processus suivi en RDC peut être utilisé comme un exemple d'étapes à suivre pour réussir la mise en place d'une approche intersectorielle. Cette approche holistique est transférable et applicable dans différents contextes, y compris l'urgence, la transition ou le développement. Les documents qui ont été élaborés, notamment le manuel intersectoriel et le paquet intersectoriel d'activités, seront un excellent point de départ pour des discussions sur la collaboration et la programmation intersectorielles et pourront être adaptés à d'autres contextes.



© UNICEF/UN0567640/Bashizi

Adela Rafiki récolte des aubergines dans son champ où elle cultive des aubergines et des amarantes. “Lors de la récolte, la première chose que je fais c’est de garder une partie pour la cuisine de mes enfants, et l’autre partie je la vend et j’essaie de gagner un peu d’argent.” Depuis que nous avons été initié à l’agriculture pour éviter la malnutrition chez les enfants dans notre village, personnellement je vois un changement positif sur la santé des enfants de mon village.

CONTEXTE & ÉNONCÉ DU PROBLÈME



Depuis presque 30 ans, la République Démocratique du Congo connaît un contexte de crise humanitaire aigüe et complexe. Les conflits armés, les épidémies dévastatrices comme la rougeole ou la maladie à virus Ebola, associés à des niveaux élevés de pauvreté chronique et à des carences structurelles persistantes, ont aggravé les besoins humanitaires.

CONTEXTE

La République démocratique du Congo connaît depuis presque trois décennies des troubles récurrents. Ces troubles comportent des conflits communautaires avec son corollaire de déplacement de population. En 2021, environ 5,2 millions de personnes sont déplacées à l'intérieur du pays à cause de ces conflits principalement dans toutes les provinces de l'Est du pays (GHO 2021). Ces troubles concernent environ 13 provinces sur les 26 que compte le pays. Les personnes les plus affectées par ces troubles sont principalement les enfants et les femmes. En plus de ces troubles liés aux conflits, la RDC fait face à plusieurs épidémies récurrentes dont la rougeole, le choléra, la maladie à virus Ébola et plus récemment la COVID-19.

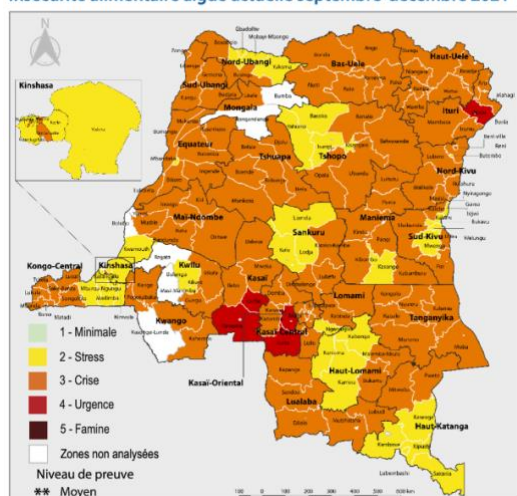
Il est important de souligner que pendant ces conflits, les structures de santé, les équipements médicaux sont souvent endommagés, les médicaments et autres consommables médicaux sont volés et parfois même les agents de santé sont blessés ou tués. Ce qui continue de fragiliser l'accès aux soins pour les personnes dans le besoin.

La mortalité infanto-juvénile est encore très élevée et se situe à 70 décès pour 1,000 naissances vivantes alors que la mortalité maternelle se situe à 846 décès pour 100,000 naissances vivantes (PNDS recadre 2019). Une majorité des décès parmi les enfants de moins de 5 ans (soit 53%) est lié à la sous-nutrition qui est, elle, due en partie aux infections en période néonatale, à la pneumonie, aux maladies diarrhéiques, au paludisme et les épidémies de rougeole, et de choléra, pour ne citer que les principales.²

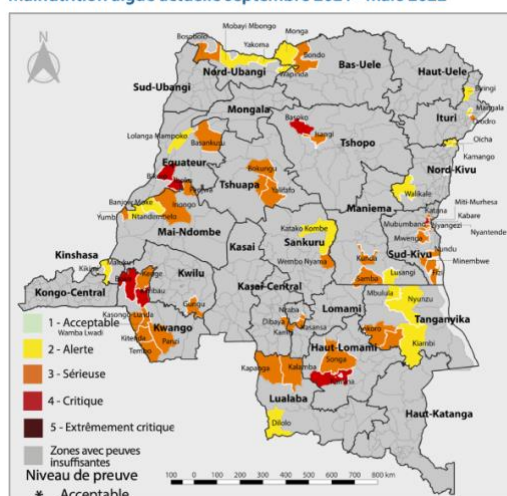
Concernant la sous nutrition, un enfant sur deux souffre de retard de croissance et environ un enfant sur quinze souffre de la malnutrition aiguë sévère. Cette prévalence critique de la sous nutrition est aussi soutenue par une forte prévalence de l'insécurité alimentaire. Selon le Cadre intégré de la classification de l'insécurité alimentaire aiguë (IPC AFI – 2021, couverture à 95% du pays), 27,3 millions de personnes étaient en insécurité alimentaire. De plus, le cadre intégré de la classification de la malnutrition aiguë (IPC AMN), qui a couvert une très faible partie du pays (13,5%), annonce 857 milles enfants de 6-59 mois en situation de malnutrition aiguë dont 25% en malnutrition aiguë sévère et 468 milles femmes enceintes/femmes allaitantes (FEFA) souffrant de malnutrition.

Voir ci-dessous la carte des IPC AFI et AMN 2021-2022³ (figure 1).

Insécurité alimentaire aiguë actuelle septembre-décembre 2021



Malnutrition aiguë actuelle septembre 2021 - mars 2022



Figures 1 and 2 :
IPC AFI phase
Septembre–
Décembre 2021 et
IPC AMN phase
Septembre 2021–
Mars 2022.

² Bryce et al. (2005), « WHO estimates of the cause of death in children », The Lancet.

³ IPC AFI et AMN, ipcinfo.org

Des investissements massifs ont eu lieu pour réduire le fardeau de la malnutrition, cependant pas plus de 30% des cas de malnutrition aigüe n'accèdent au traitement dans les structures de santé. La faible couverture est liée à un financement toujours insuffisant, mais aussi liée au fait que plus de la moitié de la population se trouve éloignée (au-delà de 50 Km) des centres de santé et que certains centres n'ont pas suffisamment d'intrants nutritionnels ou que certains centres soient détruits par le conflit.

La faible fréquentation des centres de santé, est aussi criante pour la planification familiale pour laquelle seulement 30,9% des besoins sont couverts. La consultation prénatale est proche de 43%.

Pour ce qui concerne les infections respiratoires aigües, environ 3,4% des enfants de moins de 5 ans en souffraient selon la MICS 2018⁴. Seulement 27,4% de tous ces cas ont eu un traitement correct, avec des antibiotiques.

Quant aux maladies diarrhéiques ainsi que les épidémies de choléra, elles sont une cause directe importante de la sous-nutrition et responsables d'une forte mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans. Seulement 24,1% des cas de diarrhées sont traités correctement et 21,5% des ménages disposent de dispositifs de lavage des mains avec eau et savon (MICS 2018). L'utilisation des toilettes améliorées par les ménages n'est que de 32,6% et l'utilisation d'eau de boisson gérée de façon hygiénique est de 4,9%.

Enfin, les épidémies de rougeole, de cholera, de maladie à virus Ebola, de maladie à Corona virus contribuent significativement à la morbidité et aux décès parmi les enfants de moins de 5 ans en RDC. De janvier à août 2021, il a été noté que 20 provinces sur les 26 que compte le pays ont connu une épidémie de rougeole avec parfois de forte létalité. Pendant la même période, 13 provinces ont enregistré des épidémies de choléra. De 2018 à 2021, la RDC a connu deux grosses épidémies de la maladie à virus Ebola dans la province de l'équateur et dans les provinces du nord Kivu et de l'Ituri. Quant à la pandémie de la maladie à Coronavirus, depuis mars 2020 à fin 2021, elle a touché toutes les 26 provinces du pays avec un taux de létalité de 1,5%.⁵

Face à ces défis multifactoriels et pour inverser la tendance de la forte mortalité, dans la population en générale, et parmi les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer en particulier, des interventions synergiques intersectorielles sont les moyens les plus efficaces et les plus efficients pour répondre aux besoins humanitaires des populations affectées. C'est pourquoi, les clusters eau, hygiène, assainissement (EHA), Nutrition, Santé et Sécurité alimentaire ont travaillé sur un plan stratégique commun pour mutualiser des interventions multisectorielles répondant aux besoins humanitaires urgents de la population sur des zones géographiques communes, en même temps et pour les mêmes bénéficiaires.

ÉNONCÉ DU PROBLÈME

Selon l'observation des secteurs de l'EHA, Nutrition, Santé et Sécurité alimentaire, leurs interventions isolées ont été faiblement efficaces et efficients avant 2020. Les projets déployés, se limitaient seulement à leurs activités sectorielles ce qui entraînaient très souvent une duplication des coûts pour le transport des vivres, des coûts opérationnels, des coûts des ressources humaines, pour ne citer que celles-ci, pour des interventions parfois dans les mêmes zones. En plus du coût élevé, les interventions isolées sectorielles ont souvent un impact limité

⁴MICS 2018, [UNICEF RDC](#)

⁵ [Cellule d'analyse du Ministère de la Santé RDC, 06/03/2022](#)

déployés, se limitaient seulement à leurs activités sectorielles ce qui entraînaient très souvent une duplication des coûts pour le transport des vivres, des coûts opérationnels, des coûts des ressources humaines, pour ne citer que celles-ci, pour des interventions parfois dans les mêmes zones. En plus du coût élevé, les interventions isolées sectorielles ont souvent un impact limité car les populations ne reçoivent pas forcément toutes les interventions qui leur seraient bénéfiques à court, moyen et long terme. Il est aussi important de souligner que de nombreux bailleurs ne priorisent toujours pas le financement de projets multisectoriels et restent dans le cadre de leur mandat de financement unisectoriel, ce qui limite le déploiement d'interventions conjointes.

Pour lutter contre la malnutrition, il faut à la fois travailler sur des interventions spécifiques et des interventions sensibles à la nutrition⁷ afin de réduire la prévalence des différentes formes de malnutrition. Ces interventions sensibles sont déployées principalement par les secteurs EHA, Santé et Sécurité alimentaire.

Malgré le fait que la situation nutritionnelle est très critique en DRC depuis plusieurs années, moins de la moitié des cas de malnutrition aiguë sont correctement traités car les programmes de nutrition sont mis en œuvre sans synergie avec les autres secteurs, sans bien entendu, négliger les problèmes d'accès et de faibles ressources attribuées aux centres de santé. Par exemple, le taux de rechute est toujours très élevé parfois atteignant plus de 10% parce qu'il existe rarement des interventions de la Santé, la Sécurité alimentaire et/ou EHA pour accompagner la prise en charge au niveau des ménages pour éviter que les enfants rechutent après un traitement.

Les interventions EHA sont également mises en œuvre dans les zones de santé avec des liens très faibles avec les autres secteurs. Par conséquent, les résultats obtenus après des années de mise en œuvre ont eu un impact limité sur les maladies diarrhéiques et la malnutrition.

D'autres exemples concernent les épidémies de rougeole, pour lesquelles il n'y a pas de prise en charge systématique des cas de malnutrition. Ainsi, le fait d'avoir une réponse à la rougeole sans prendre en compte le traitement des enfants atteints à la fois de la rougeole et de la malnutrition n'a pas conduit à une diminution de la mortalité. Lors des épidémies de choléra, les réponses se sont concentrées sur le traitement des cas, et non en tant que tel sur la prévention à travers les interventions EHA, ce qui a prolongé la durée des épidémies. Un dernier exemple de l'approche cloisonnée qui prévalait, est que chacun des secteurs de l'EHA, de la nutrition et de la santé a utilisé un groupe d'agents communautaires différents pour fournir des services à la même population touchée, ce qui augmente le coût des interventions et certainement une confusion auprès des bénéficiaires.

Toutes ces observations ont incité les secteurs EHA, Santé, Sécurité alimentaire et Nutrition à collaborer entre eux, pour trouver des solutions intersectorielles avec un meilleur impact pour les bénéficiaires à court, moyen et long terme en réduisant les coûts d'intervention au global.

⁷ **Interventions spécifiques à la nutrition** sont les interventions et programmes qui répondent aux causes immédiates de la malnutrition comme accès à une alimentation variée et équilibrée, des pratiques de soin adéquates, accès au traitement de la malnutrition, distribution de micronutriments, etc... **Interventions sensibles à la nutrition** sont les interventions et programmes qui répondent aux causes sous-jacentes de la malnutrition comme la sécurité alimentaire, l'accès aux services de santé, accès à de l'eau potable en quantité suffisante, accès aux bonnes pratiques de soin à la maison, dans la communauté, etc....

PROCESSUS DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE & DÉCLARATION DE RÉSULTATS



Les clusters EHA, Nutrition, Santé et Sécurité alimentaire ont identifié l'approche intersectorielle comme le point d'entrée pour réduire significativement la résurgence des crises dans les zones continuellement touchées par les épidémies de choléra, et de rougeole, la malnutrition aigüe et l'insécurité alimentaire.

PROCESSUS DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Au vu des enjeux évoqués ci-dessus, les clusters EHA, Nutrition, Santé et Sécurité alimentaire ont identifié en fin 2019, l'approche intersectorielle comme le point d'entrée pour réduire significativement la résurgence des crises dans les zones continuellement touchées par les épidémies de choléra et de rougeole, la malnutrition aiguë et l'insécurité alimentaire. Pour se faire et conformément au plan de réponse humanitaire 2020 et à l'objectif « delivery as one »⁷ (organisations des Nations Unies et ses partenaires)⁸, le processus de collaboration et de programmation intersectorielle a été lancé.

Ce travail intersectoriel est basé sur :

- 1) La convergence géographique des secteurs,
- 2) La fourniture d'un paquet d'activités, en même temps,
- 3) Le bénéficiaire est au centre de l'intervention (figure 1).

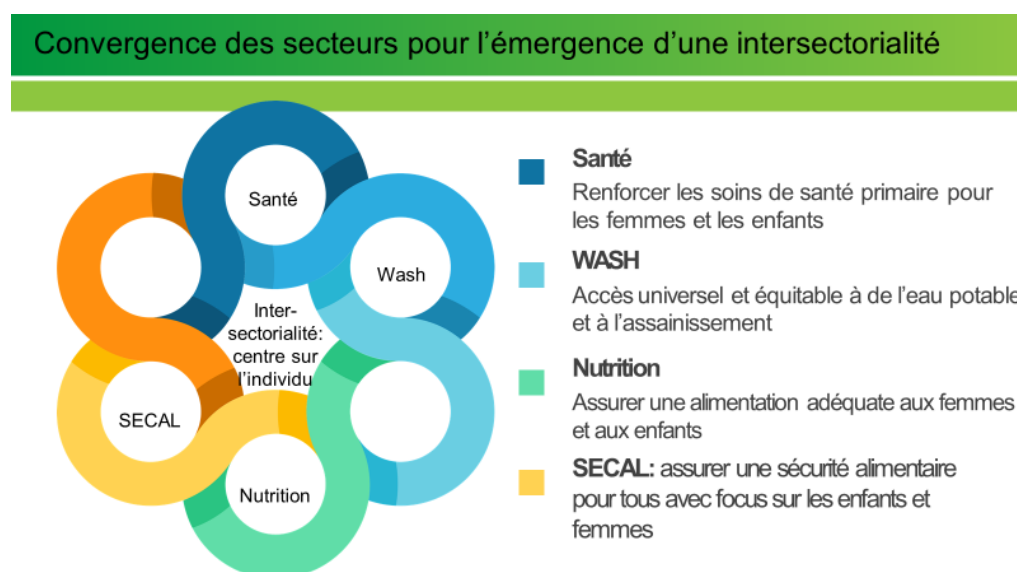


Figure 1. Convergence pour une réponse intersectorielle

ETAPES SUIVIES POUR L'INTERVENTION INTERSECTORIELLE EN RDC :

L'ensemble des activités ci-dessous ont été réalisées grâce à la détermination des coordinateurs et gestionnaires d'information des quatre secteurs, sous la direction du cluster nutrition en RDC.

1) Formation Intersectorielle

A la fin de 2019, les clusters EHA, Nutrition, Santé, et Sécurité alimentaire en RDC ont bénéficié d'une formation intersectorielle, en présentiel, avec l'appui des clusters globaux de la Nutrition, et de la Sécurité alimentaire. Cette formation prépare les participants à travailler de manière intégrée en mettant en exergue les concepts d'intersectorialité, et présentant les outils, et les processus à utiliser.

A la suite de cette formation, les quatre clusters, le fond humanitaire (FH) et les ONG membres de ces clusters se sont engagés à concevoir des projets multisectoriels dans des zones géographiques conjointement sélectionnées.

⁷ United Nations General Assembly webpage on "[Delivery as One](#)"

⁸ [2020 Humanitarian Response Plan](#)

2) Création d'un sous-groupe intersectoriel des gestionnaires des informations :

Un sous-groupe de travail avec les gestionnaires des informations des quatre clusters a été organisé, avec les objectifs de procéder à une analyse croisée des outils et bases de données utilisées au sein des différents clusters. L'idée était de créer un outil de gestion commun pour les données intersectorielles qui pourra répondre aux différentes demandes des quatre clusters, et proposer une analyse dynamique montrant la présence opérationnelle intersectorielle et les résultats opérationnels de ces activités. Aujourd'hui, l'outil de collecte est quasi finalisé et la première analyse conjointe est planifiée pour le 1^{er} trimestre 2022.

3) Formation d'un sous-groupe intersectoriel technique :

Un groupe technique de travail avec des représentants des quatre clusters a été mis en place après la formation, fin 2019, avec pour objectif principal de faire une analyse croisée des modalités pratiques d'intégration intersectorielle à travers l'identification de paquets minimums d'intervention intersectorielle pour mieux répondre aux crises humanitaires en RDC.

Ce groupe technique a également établi un plan de travail et a tenu des réunions trimestrielles régulières entre eux, ainsi que des réunions avec les clusters au niveau global pour obtenir des conseils sur l'approche intersectorielle utilisée dans d'autres pays.

4) Organisation d'un atelier inter-sectoriel :

L'atelier a été organisé en mai 2021 (date initiale replanifiée à cause du COVID).

Cet atelier visait à définir :

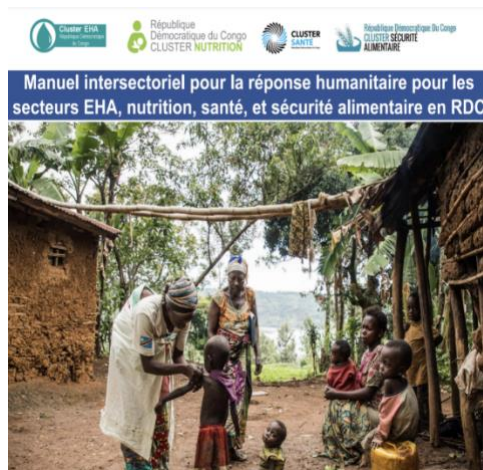
- les éléments du paquet intersectoriel, par secteur, des interventions selon les différents types de crises couramment rencontrées en RDC ;
- le coût d'un paquet des interventions choisies par secteur
- une liste de critères (indicateurs et seuils) de priorisation des zones de santé pour une intervention multisectorielle.

Tous ces documents et outils ont été regroupés dans un manuel intersectoriel. Ce manuel traduit les résultats des réflexions conjointes et se veut un document de référence pour la planification, la préparation, et la mise en œuvre des interventions intersectorielles des secteurs concernés autant au niveau des ménages, que dans la communauté et dans les centres de santé.

Ce manuel est disponible en ligne:

<https://drive.google.com/file/d/1HFb61ZyCnF7f0kBOA4IKQCXuAAHdA4Rc/view?usp=sharing>

Ce document devient le document de référence intersectoriel pour les partenaires, le groupe de coordination inter-cluster et OCHA ainsi que les bailleurs de fonds qui opèrent en RDC.



Ce manuel détaille plusieurs problématiques, huit au total, sous forme de fiche récapitulative : urgence nutritionnelle ; épidémie de choléra ; épidémie de rougeole ; crise de mouvement de population ; épidémie d’Ebola ; épidémie de COVID 19 ; catastrophes naturelles ; épidémie de méningite. On y trouve aussi beaucoup d’exemples d’approches intersectorielles comme la mise en œuvre des activités EHA et de sécurité alimentaire qui permet d’assurer que toutes les familles ayant des enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère ont, en plus du traitement, accès aux kits EHA et de l’appui pour le petit jardinage. Un autre exemple illustre que, les structures de santé offrant les services de nutrition et de santé sont appuyées pour avoir des sources d’eau potable, des bassins lave-mains et des latrines hygiéniques.

Ce manuel explique aussi comment rationaliser les coûts des interventions en s’assurant que :

- Les partenaires soient capables de mettre en œuvre un paquet multisectoriel, plutôt que des partenaires spécialisés dans un domaine en particulier. Ceci permet de réduire les coûts support des partenaires de mise en œuvre ;
- Des transports conjoints des intrants de tous les 4 secteurs, jusque dans les zones de mise en œuvre des projets, soient organisés ;
- Elaboration d’un paquet intégré des activités de sensibilisation au niveau de la communauté, et le choix d’acteurs communautaires uniques au lieu d’avoir des acteurs multiples par secteur pour offrir l’ensemble du paquet de sensibilisation ;
- Renforcement de capacités conjointes ;
- Mécanisme d’évaluations pré et post intervention et suivi des projets conjointement, etc...

Gros plan sur les critères de priorisation des zones d’intervention :

Les quatre clusters se sont mis d’accord sur des critères pour prioriser les zones géographiques où les interventions intersectorielles seront livrées en même temps et à la même population. A ces critères s’ajoutent des scores de sévérité, notés de 0 à 3, 3 étant la situation la plus grave. Un total est ensuite attribué à la zone concernée.

Indicateurs	Seuils	Scores
<i>Nombre d’alerte SNSAP dans les 12 derniers mois</i>	0-1 fois	1
	2 fois	2
	3-4 fois	3
<i>Classification IPC</i>	Phase 1 et 2	1
	Phase 3	2
	Phase 4 ou plus	3
<i>Prévalence MAS</i>	0 – 1,9%	1
	2 – 3 %	2
	Plus de 3%	3
<i>Prévalence MAG</i>	0 – 9%	1
	9,1 – 20%	2
	Plus de 20%	3
<i>Retard de croissance</i>	0 – 10%	1
	10,1 – 20%	2
	Plus de 20%	3

<i>Présence d'épidémie :</i>		
<i>Rougeole</i>	Oui	2
	Non	0
<i>Choléra</i>	Oui	1
	Non	0
<i>COVID</i>	Oui	1
	Non	0
<i>Ebola</i>	Oui	2
	A risque	1
	Non	0
<i>Mouvement de population</i>	Oui	2
	Non	0

En faisant la somme des scores obtenus, les zones sont ensuite priorisées comme tels :

- Priorité basse = Scores qui se trouvent dans le 25% du delta inférieur
- Priorité moyenne = Scores entre le niveau supérieur et inférieur
- Priorité élevée = Scores qui se trouvent dans le 50% du delta supérieur

Ci-dessous, voici l'exemple d'une carte de priorisation obtenue au semestre 2, 2021 – Figure 3 :

Avec en : vert = priorité basse (61 zones de santé) ; orange = priorité moyenne (311) ; rouge = priorité élevée (147)

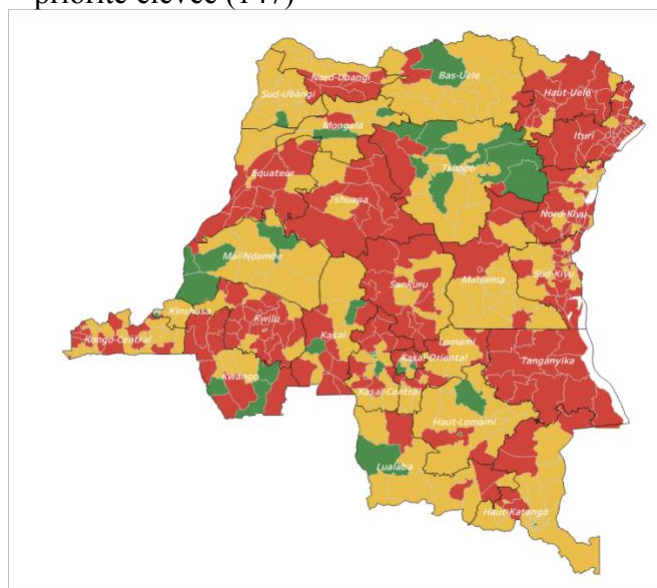


Figure 3, priorisation semestre 2, 2021

La priorisation du cluster nutrition est intersectorielle ; elle prend en compte aussi les critères des autres secteurs.

Lors d'un autre exercice de priorisation, 229 zones de santé ont été priorisées. Sur ces 229 zones de santé prioritaires, 37 sont classés en « priorité élevée » et seront la priorité pour l'intersectorialité en 2022. L'HRP 2022 a aussi intégré une classification intersectorielle : la réponse intersectorielle des quatre clusters se concentrera sur l'Ituri, le Nord et le Sud Kivu et certaines parties du Tanganyika (figure 4), où les besoins humanitaires s'aggravent et les niveaux de vulnérabilité augmentent.

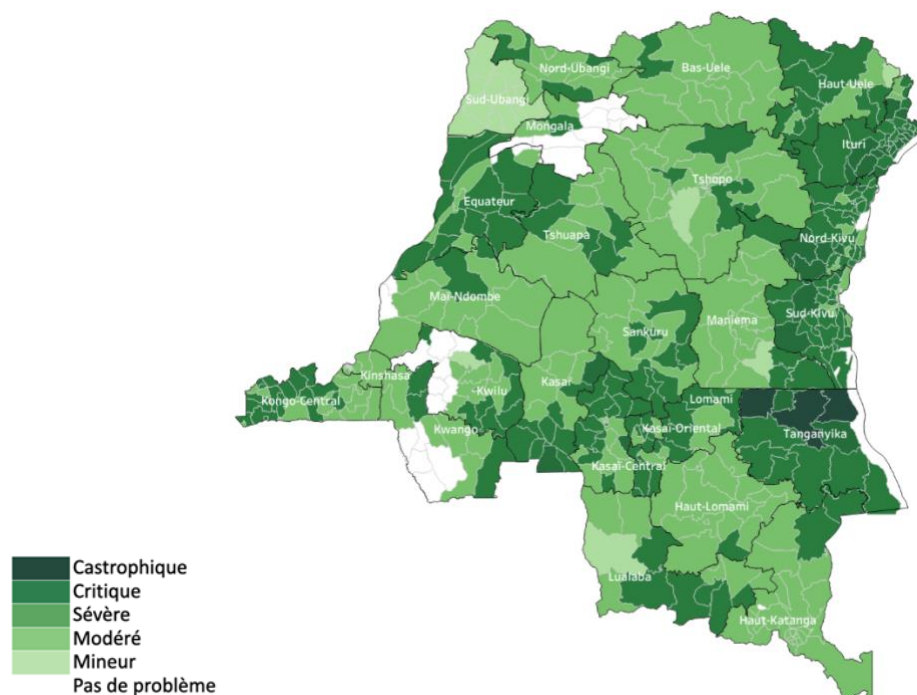


Figure 4 : Sévérité des besoins intersectoriels en RDC, HRP 2022.

DÉCLARATION DE RÉSULTATS

La collaboration intersectorielle entre les quatre clusters s'est traduite par un aperçu global des besoins (HNO) et un premier plan de réponse humanitaire (HRP) intersectorielle en 2022.⁹

Cette collaboration a aussi abouti à l'élaboration d'un manuel intersectoriel, qui est devenu le document de référence pour le travail intersectoriel en RDC.

Une autre note positive de la collaboration intersectorielle est qu'il y a une collaboration plus étroite entre les quatre clusters avec la formation du groupe technique, et du groupe de gestionnaires de l'information qui, ensemble, analysent les données intersectorielles et élaborent la cartographie et les rapports intersectoriels.

Les quatre secteurs sont convaincus de la pertinence du travail en commun et ont développé un plan d'urgence intersectoriel pour l'année 2022¹⁰ qui permettra aux clusters d'anticiper les crises liées aux épidémies, à la malnutrition, aux catastrophes naturelles éventuelles et aux mouvements de population.

⁹ [2022 RDC Aperçu des besoins humanitaires](#)
[2022 RDC plan de réponse humanitaire](#)

¹⁰ Voir 2022 RDC Aperçu des besoins humanitaires

PRINCIPAUX DÉFIS & BONNES PRATIQUES



“ Au niveau communautaire, les acteurs polyvalents formés sur les approches multisectorielles permettront de pérenniser les activités. ”

PRINCIPAUX DÉFIS

Avec toutes les bonnes intentions et la compréhension de la nécessité d'une collaboration et d'une programmation intersectorielles, de nombreux obstacles ont été rencontrés depuis le début de ce processus.

➤ Contexte d'environnement de travail complexe

Le premier obstacle a été le retard dans l'organisation de l'atelier intersectoriel et le déploiement de cette approche dû au COVID 19 ; 1 année a quasiment été perdue. Puis la finalisation du manuel intersectoriel, prévu au troisième trimestre 2021, a également été retardée en raison de nouvelles catastrophes et de la réponse nécessaire due à l'éruption du volcan Nyiragongo, fin mai 2021

➤ Contexte Sécuritaire

La RDC est un vaste pays avec d'énormes défis sécuritaires, en particulier dans la partie orientale du pays où plusieurs groupes armés sont toujours actifs ce qui empêche une présence physique régulière des différents acteurs de mise en œuvre dans tous les domaines qui nécessitent des interventions humanitaires, y compris, bien entendu des réponses intersectorielles. Il devient alors difficile de se coordonner pour se rendre dans certaines aires de santé, pour déployer les activités ou faire des supervisions et des formations. Le transport des intrants, notamment les médicaments, les aliments, les produits nutritionnels et les produits nécessaires à l'EHA, est également affecté par ce contexte sécuritaire impactant ainsi la mise en œuvre des interventions intersectorielles.

➤ Accès de l'aide humanitaire et défis logistiques

En RDC, le réseau routier est classé 140 sur 141 au niveau mondial¹¹, ce qui en fait l'un des pires au monde. De plus, la plupart des zones humanitaires se situent en milieu rural où se situent les réseaux routiers les plus précaires, parfois, il faut 3 à 5 jours pour aller dans certaines zones de santé. Les acteurs humanitaires ont des difficultés à accéder à ces zones et peuvent ne pas être présents aussi souvent ou aussi longtemps que nécessaire pour assurer une mise en œuvre, incluant la livraison des intrants et un suivi approprié des projets. Ce mauvais accès routier rend également difficile l'accès de la population aux services disponibles.

➤ Capacité des partenaires pour la programmation intersectorielle

Les différents partenaires y compris le gouvernement n'ont pas tous la capacité adéquate pour une mise en œuvre de la réponse multisectorielle. De nombreux acteurs mettant en œuvre des interventions sur le terrain estiment qu'il est difficile de mener des interventions intersectorielles car soit leurs projets sont conçus sur une base sectorielle, soit leurs capacités techniques sont mono-sectorielles. Il est donc parfois difficile de convaincre ces acteurs de la pertinence des interventions intersectorielles, sans oublier que les faibles financements restent souvent une contrainte importante.

➤ Financement

Aucun des quatre secteurs n'a obtenu les fonds nécessaires spécifiques aux activités multisectorielles et attendus dans le HRP 2021. Jusqu'à décembre 2021, le secteur EHA avait reçu 12.3 % des fonds nécessaires pour répondre aux besoins des populations affectées ; le secteur nutrition, 26,5 ; le secteur santé, 14.3 %, et le secteur de la sécurité alimentaire, 25.9%.

Compte tenu de la faible disponibilité des fonds, les interventions nécessaires ne sont pas mises en œuvre, y compris les interventions intersectorielles. La disparité de financement entre les

¹¹ Global Competitiveness Index 4.0 2019 edition

Compte tenu de la faible disponibilité des fonds, les interventions nécessaires ne sont pas mises en œuvre, y compris les interventions intersectorielles. La disparité de financement entre les clusters rend très difficile la mise en œuvre d'interventions intersectorielles à l'échelle nécessaire pour répondre aux besoins des populations dans les zones géographiques convenues.

BONNES PRATIQUES

La collaboration entre les quatre clusters a été facilitée par un certain nombre de bonnes pratiques :

- L'ensemble du travail intersectoriel a été réalisé grâce à la détermination des coordinateurs et gestionnaires d'information des quatre secteurs, sous la direction du cluster nutrition en RDC. Mais aussi grâce aux opportunités de financement qui ont été offertes avec le fond commun humanitaire de la RDC et l'appui de l'USAID au cluster nutrition.
- Une communication régulière entre les clusters, c'est à dire entre les coordinateurs et gestionnaires d'information. A chaque trimestre, les quatre clusters tiennent une réunion conjointe pour discuter des problèmes et des bonnes pratiques liés à la collaboration et à la programmation intersectorielles et trouver des solutions adéquates. Cette étroite collaboration a conduit au fait que les quatre secteurs sont les seuls qui ont élaboré une HNO conjointe qui a été pris en compte dans le HRP 2022.
- Engagement conjoint lors de l'atelier de mai 2021 où tous les clusters, le gouvernement et OCHA étaient présents. Un accord a été établi pour : écrire une stratégie commune ; faire des réunions conjointes régulières ; un HNO/HRP intersectoriel ; d'avoir des indicateurs de sélection et de suivi communs, et des plans de mission conjoints pour suivre la réponse intersectorielle.
- L'engagement de donateurs tels que l'USAID, le FCDO, l'UE et la Banque mondiale a favorisé des discussions riches autour de la collaboration et de la programmation intersectorielles. En outre, les quatre clusters ont commencé un plaidoyer conjoint avec les donateurs sur la programmation intersectorielle. Cela a conduit à un engagement accru de la plupart de ces donateurs pour financer des interventions intersectorielles.
- Au niveau communautaire, les acteurs polyvalents formés sur les différentes approches multisectorielles permettront de pérenniser les activités. Il a été décidé de tout mettre en place sur une seule plateforme communautaire pour offrir le paquet intégré communautaire au lieu que chaque secteur ait son réseau communautaire pour offrir son paquet sectoriel.

Engagement des clusters au niveau global pour soutenir la collaboration intersectorielle en RDC. Notamment, le service d'assistance du GNC à partager des informations et des exemples d'approches, de stratégies et d'ensembles d'interventions intersectorielles qui étaient mis en œuvre dans d'autres pays. Cela a fourni aux quatre clusters, en plus de la formation que les clusters avaient dispensée en 2019, une base solide pour les discussions et les décisions intersectorielles en RDC.

TRANSFÉRABILITÉ ET EXTENSIBILITÉ & PROCHAINES ETAPES



“ La collaboration et la programmation intersectorielles en RDC reposent sur l'idée que lorsque nous nous concentrons de manière holistique sur les populations touchées, nous pouvons mieux répondre à leurs besoins de manière plus efficace et efficiente. ”

TRANSFÉRABILITÉ ET EXTENSIBILITÉ

La collaboration et la programmation intersectorielles en RDC reposent sur l'idée que lorsque nous nous concentrons de manière holistique sur les populations touchées, nous pouvons mieux répondre à leurs besoins de manière plus efficace et efficiente ; tout en prenant en compte leur point de vue sur la qualité des interventions tout au long du cycle des projets et de l'évolution de leurs besoins. Cette approche holistique est transférable et applicable dans différents contextes, y compris l'urgence, la transition ou le développement. Le processus suivi pour développer l'approche intersectorielle en RDC peut être utilisée comme un exemple d'étapes à suivre pour mettre en place une approche intersectorielle. Les documents qui ont été élaborés, notamment le manuel intersectoriel et le paquet intersectoriel d'activités, peuvent être utilisés par d'autres pays comme point de départ pour des discussions sur la collaboration et la programmation intersectorielles et seront adaptés au contexte spécifique pour développer un nouveau plan intersectoriel spécifique au pays.

PROCHAINES ETAPES

- Un guide d'utilisation sera développé sur la base des expériences dans l'utilisation des outils de planification et des activités du paquet intersectoriel pour faciliter encore plus l'utilisation des outils.
- La mise en œuvre du paquet intersectoriel sera documentée en termes de leçons apprises, de points forts et de points faibles, de durabilité et de transférabilité ainsi que d'appropriation.
- Un groupe de plaidoyer intersectoriel a été mis en place pour préparer des notes de plaidoyer et pour plaider et s'engager activement avec les bailleurs de fonds en RDC pour financer de manière durable les projets intersectoriels. Ce travail de plaidoyer se poursuivra et s'intensifiera en 2022.
- Une analyse conjointe des données intersectorielles sera préparée par le sous-groupe des gestionnaires de l'information au cours de l'année 2022 et l'outil de collecte sera partagé au-delà de la DRC.
- Une deuxième étude de cas avec les résultats et les évidences de l'approche multisectorielle en RDC sera rédigée fin 2022.

Cette publication a été rendue possible grâce au soutien apporté par l'Agence des États-Unis pour le développement international dans le cadre de l'adjudication. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'Agence des États-Unis pour le développement international.



© UNICEF/UN0450943/Bashizi

