



Qu'est-ce que la « collaboration inter-cluster/ secteur » (ICSC) ?

Le présent document doit servir de guide pour aider les équipes de coordination nationales de cluster/secteur à initier, mettre en œuvre et suivre la collaboration inter-cluster/secteur à l'échelle du pays. Les différentes étapes suivent le cycle de programme humanitaire pour harmoniser les projets intersectoriels avec d'autres projets.

Veillez noter que le sigle anglais « ICSC » remplace désormais le sigle « ISC » précédemment utilisé. En français on utilise également « ICSC ».

1. Qu'est-ce que la collaboration inter-cluster/secteur¹ ?

La Collaboration Inter-Cluster / Secteur (ICSC en anglais)² fait référence aux mesures conjointes menées par les clusters/secteurs concernés pour coordonner des interventions conjointes avec leurs partenaires en vue d'un objectif commun. Les réponses conjointes sont fournies en même temps, au même endroit, pour les mêmes populations sur la base d'une hiérarchisation des besoins pour atteindre un résultat convenu conjointement.

¹ Définition de cluster et secteur: [Country-level Cluster terms and definitions | Global Nutrition Cluster](#)

² D'autres sigles sont parfois utilisés :

ISP = Intersectoral programming = programmes intersectoriels: programmes conjoints mis en place par différents acteurs humanitaires

ISA = Intersectoral action = actions inter-sectorielles : actions conjointes mises en place par différents secteurs clusters

ISC = Intersectoral collaboration = collaboration intersectorielle: sigle utilisé avant ICSC. Pour harmonisation avec l'anglais, on garde le sigle ICSC en français.

La collaboration inter-cluster/secteur réunit les clusters/secteurs concernés non seulement pour partager des informations mais aussi pour planifier et travailler activement à des mesures communes. De cette manière, la collaboration inter-cluster/secteur franchit une étape supplémentaire par rapport à la simple coordination entre les clusters/secteurs. ICSC renforce le travail du groupe de coordination entre les clusters (ICCG), qui est généralement dirigé par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) et facilite le partage d'informations et la coordination des interventions humanitaires entre les différents clusters/secteurs aux niveaux international et national.

2. Quels sont les avantages de la collaboration inter-cluster/secteur ?

1. Une approche centrée sur les personnes : constatant que différents secteurs travaillent souvent avec les mêmes ménages/personnes/communautés, la collaboration inter-cluster/secteur promeut une réponse humanitaire axée sur les personnes dans une perspective holistique.
2. **Cette approche mutualise les connaissances et la capacité à résoudre les problèmes** : grâce à des buts et des objectifs généraux communs et à des mesures conjointes, la collaboration inter-cluster/secteur rassemble différents clusters/secteurs/acteurs, dotés de connaissances et de moyens différents, afin de comprendre et de traiter de questions humanitaires à multiples facettes et de grande envergure.
3. **Efficacité** : en proposant une programmation conjointe au même endroit et au même moment, cela peut réduire les barrières d'accès (coût du transport, temps passé, exposition aux risques, etc.).
4. **Réduction des coûts** : enfin, la mise en œuvre conjointe sur le terrain peut réduire les coûts (en partageant les frais de transport et de bureau, en mutualisant le personnel, etc.), ce qui permet d'augmenter les ressources disponibles pour les programmes.

Il faut garder à l'esprit que la collaboration entre les secteurs/clusters/acteurs et les investissements réalisés doivent déboucher sur des mesures communes concrètes en faveur des personnes dans le besoin. Il ne suffit pas de participer à des réunions pour considérer que la collaboration est terminée !

La mise en œuvre de la collaboration inter-cluster/secteur nécessite une collaboration forte, active et efficace à l'échelle nationale/infranationale entre tous les partenaires et les instances gouvernementales.



Le 11 avril 2022, une femme passe devant les abris du camp de déplacés de Higlo en Éthiopie, qui accueille des milliers de personnes provenant de régions touchées par la sécheresse.

3. Comment se déroule la collaboration inter-cluster/secteur ?

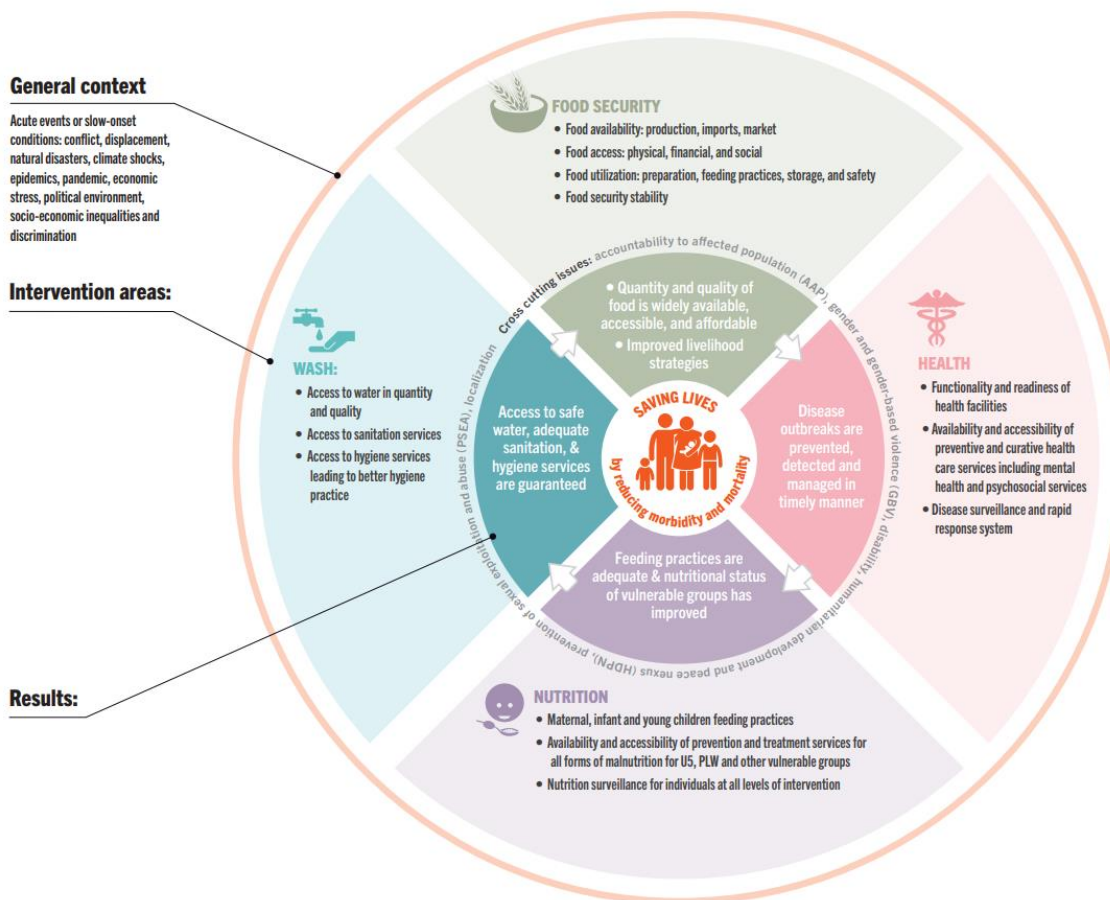
La gouvernance d'une telle collaboration doit rester simple et agile, avec des mécanismes de planification conjointe, de contrôle et de suivi des progrès faciles à gérer. Dans la mesure du possible, la collaboration inter-cluster/secteur doit utiliser ou s'appuyer sur les structures et le style de coordination existants.

En pratique, la gouvernance varie d'un pays à l'autre ; certains disposent d'un groupe de travail consacré à la collaboration inter-cluster/secteur (ICSC), d'autres utilisent un autre groupe de travail existant, d'autres encore se réunissent de manière ponctuelle, et dans certains pays les autorités prennent l'initiative et coordonnent le travail de l'ICSC. N'importe quel secteur/cluster/acteur peut convoquer un groupe de collaboration inter-cluster/secteur. La composition du groupe (y compris les dispositions relatives à la direction) et les termes de référence doivent être communiqués au Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA). Des réunions mensuelles devraient suffire à long terme, mais des réunions hebdomadaires peuvent se révéler nécessaires pendant la phase de démarrage.

Les clusters/secteurs/acteurs participant au travail de l'ICSC ne sont pas immuables. Ils peuvent varier d'un pays à l'autre et d'une zone géographique à l'autre. La plupart du temps, **les clusters/secteurs Eau, hygiène, assainissement (EHA), Sécurité alimentaire, Santé et Nutrition** collaborent déjà dans une certaine mesure, mais cette collaboration peut nécessiter d'être renforcée. **En fonction du contexte et des besoins prioritaires** de la population, une collaboration inter-cluster/secteur peut impliquer moins de clusters, ou d'autres clusters tels que ceux de la protection, de l'éducation, de la coordination et la gestion des camps, des abris et les produits non alimentaires ou d'autres peuvent également se joindre au groupe, en vue d'une collaboration plus active. La participation sera déterminée par l'objectif commun identifié qui a conduit à la création du groupe. Par exemple, une expertise différente sera nécessaire pour répondre à une épidémie de choléra par rapport à un déplacement dû à un conflit avec des préoccupations majeures sur le plan de la protection.

Le cadre conceptuel ci-dessous permet d'harmoniser les efforts des quatre clusters (qui ont élaboré cette note d'orientation) pour fournir un paquet d'interventions holistiques aux personnes dans le besoin, au même endroit et au même moment, afin d'atteindre un objectif commun : **sauver des vies en réduisant la morbidité et la mortalité.**

Inter-cluster/sector collaboration: our common objective



4. Collaboration inter-cluster/secteur tout au long du cycle de programme humanitaire :

La collaboration inter-cluster/secteur peut intervenir à n'importe quel stade du **cycle de programme humanitaire** (CPH), mais idéalement elle suit l'ensemble du processus. Ci-après figure une liste de mesures intersectorielles recommandées pour chaque étape. À ce stade, il est également recommandé de consulter et d'impliquer le groupe de coordination intercluster et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires dans les efforts de collaboration.



Cycle de programme humanitaire (CPH)

Étape 1 : Évaluation et analyse des besoins :

- **Convenir des rôles, des responsabilités et du calendrier.** Identifier l'équipe centrale. Convenir des personnes qui participeront à l'évaluation et à l'analyse conjointes des besoins, des rôles et des responsabilités ainsi que du calendrier de l'analyse. Ces responsabilités peuvent être ajustées au fur et à mesure de l'évolution du plan. Identifier un groupe plus large d'acteurs clés pour la consultation et le retour d'information à différentes étapes. Définir la portée de l'analyse et du plan d'estimation des coûts.
- **Planification conjointe.** Définir un cadre élémentaire pour les informations nécessaires, convenir d'indicateurs clés pour chaque secteur/cluster et regrouper et examiner les données existantes (données secondaires) des secteurs respectifs et identifier les importantes lacunes en matière d'information.
Noter que les ressources doivent être en adéquation avec la crise/le problème à laquelle/auquel nous voulons répondre (la réponse à une sécheresse sera différente de la réponse à des inondations ou à une épidémie de choléra, etc.)

Examiner si des informations essentielles sur les thèmes transversaux (redevabilité envers les populations affectées, violences basées sur le genre, handicap) et la modalité d'intervention (assistance par transfert monétaire ou bons d'achat, en nature, mixte) sont encore nécessaires.

- **Uniquement si nécessaire, planifier la collecte conjointe de données.** Comblent les lacunes informationnelles identifiées et approfondir la compréhension de la situation et des besoins. Sélectionner collectivement les méthodologies de collecte et d'analyse de données et les outils de collecte de données appropriés et identifier les ressources nécessaires. Un plan pratique doit être élaboré, validé et mis en œuvre pour collecter des informations complémentaires.
- **Analyser et valider conjointement les résultats.** Consolider les données primaires et secondaires et remplir le cadre d'analyse. Résumer les résultats et formuler des recommandations claires et exploitables. Certaines recommandations peuvent être communes à tous les secteurs, tandis que d'autres peuvent être spécifiques à chaque secteur. Un résultat spécifique peut être un chapitre commun sur l'aperçu des besoins humanitaires (HNO) ou, au minimum, refléter les engagements de la collaboration inter-cluster/secteur dans le chapitre sur l'« analyse sectorielle » de l'aperçu des besoins humanitaires. Si aucun espace n'est prévu dans l'aperçu des besoins humanitaires, un document séparé peut être préparé pour mettre en évidence l'analyse conjointe des besoins et la stratégie de réponse.
- **Partager les conclusions communes.** Partager les conclusions finales avec tous les groupes de coordination concernés – éviter par exemple d'extraire uniquement les sections relatives à la nutrition du rapport pour les partager avec les collègues du secteur nutritionnel. Utiliser différentes plateformes/différents groupes multisectoriels.

Remarque : cette étape sera probablement influencée par le cadre commun d'analyse intersectorielle, qui est en cours de révision et devrait être prêt à être utilisé pour le cycle de programme humanitaire de 2024 (<https://www.jiaf.info>).

Étape 2 : Planification stratégique

- **Identifier les domaines d'intervention pour la collaboration.** Convenir des rôles et des responsabilités de chaque secteur pour les activités communes et complémentaires.
- **Identifier et cibler les zones géographiques de convergence** en utilisant un système de classement (*annexe 1*). Remarque : les zones prioritaires sont généralement identifiées par le groupe de coordination intercluster/l'équipe humanitaire nationale au cours du processus de planification des interventions humanitaires. Les clusters peuvent toutefois avoir besoin de travailler conjointement à un niveau plus précis, d'où la nécessité d'affiner l'exercice de ciblage.
- **Planifier une visite conjointe** dans la zone/région présélectionnée pour comprendre les besoins avec la communauté et les dirigeants et convenir d'un ensemble de mesures minimales de soutien.
- **S'accorder sur un ensemble d'interventions intercluster/intersectorielles** au niveau des ménages, des communautés et des établissements (tels que le dispensaire ou l'école). Cette étape sera réalisée conjointement et l'ensemble ainsi déterminé d'interventions idéales pourra être adapté en fonction de la zone, des ressources disponibles, des besoins, etc. et éventuellement en adoptant une démarche progressive (*annexe 2*). En ce qui concerne la prestation des mesures en elle-même, il est important de noter que tous les ménages/individus

ne recevront pas nécessairement l'aide de tous les clusters, car les interventions resteront basées sur les besoins.

- **Convenir d'un ciblage conjoint** des bénéficiaires. Le ciblage doit tenir compte a) d'une méthodologie convenue pour donner la priorité aux communautés, aux familles et aux individus, et b) d'une clarification sur la question de savoir si l'ensemble des interventions minimales sera fourni à tous les groupes identifiés ; si les secteurs précédemment absents combleront les lacunes de prestation ; ou si un ensemble de mesures ne regroupant pas tous les secteurs constitue une norme minimale acceptable (par exemple, dans certaines réponses, il serait préférable de garantir que toutes les personnes affectées reçoivent l'aide d'au moins 3 des quatre secteurs impliqués dans la collaboration inter-cluster/secteur).
- **Élaborer un plan de travail intégré** avec des indicateurs de réussite convenus (indicateurs qui précisent l'impact d'un secteur sur les résultats d'un autre secteur, ou résultats convenus conjointement) (*annexe 4*).
- **Encourager les partenaires locaux et internationaux** à préparer des propositions et des budgets communs pour les programmes intersectoriels.
- **Préparer un chapitre commun sur le plan d'intervention humanitaire** (HRP) ou, au minimum, évoquer la collaboration inter-cluster/secteur dans le chapitre sur les « objectifs et réponse du cluster/secteur » Ne pas oublier d'intégrer les indicateurs de suivi conjoints.

Étape 3 : Mobilisation des ressources et plaidoyer

- **Définir le rôle et les responsabilités** pour la mobilisation conjointe des ressources et les efforts de plaidoyer.
- **Estimer les coûts** pour l'ensemble des interventions identifiées par la collaboration inter-cluster/secteur – cet aspect peut servir pour la planification, la communication, le plaidoyer et la collecte de fonds.
- Ensuite, les clusters nationaux et leurs partenaires peuvent ensemble **préparer une note conceptuelle** à l'intention des bailleurs de fonds pour l'attribution de fonds.
- Lors du suivi de la réponse conjointe, si des lacunes dans la mise en œuvre d'un ou plusieurs secteurs/clusters dues à un sous-financement sont identifiées, **le plaidoyer conjoint** auprès des bailleurs de fonds doit être renforcé pour garantir la mise en œuvre des activités complémentaires (voir *l'annexe 3* sur la manière d'élaborer une note de plaidoyer).

Étape 4 : Mise en œuvre et suivi

- **Identifier et mobiliser les partenaires** (locaux et internationaux).
- **Planifier une formation commune sur la collaboration inter-cluster/secteur** destinée aux partenaires/gouvernements/clusters/secteurs.
- Élaborer un plan de suivi de la réponse conjointe (collecte de données, visites de terrain conjointes, visites de suivi conjointes) sur la base des objectifs, des indicateurs clés et des méthodes de mesure convenue (*annexe 4*). Veiller à impliquer les communautés vulnérables et les groupes minoritaires à ce stade, en appliquant les principes de redevabilité envers les populations affectées.
- Convenir d'un format de rapport (et d'outils de visualisation, si nécessaire, comme un tableau de bord par exemple) aux niveaux infranational et national.

- Documenter et partager les informations/résultats de la collaboration inter-cluster/secteur au cours de la mise en œuvre.

Étape 5 : Revue et évaluation des programmes

- Procéder à une évaluation de la réponse conjointe. Cela peut être fait au travers de “After Action Review (AAR)” processus qui inclut les différents aspects sectoriels.
- Documenter les leçons apprises et les partager avec les partenaires de mise en œuvre, ainsi qu’avec le groupe ICSC, si un existe.
- Animer un atelier sur les leçons apprises et partager les conclusions sur ce qui a été bien fait, ce qui n’a pas été si bien fait et les méthodes d’amélioration.
- Développer un plan de travail pour le prochain cycle du programme / période à venir.



Suite à l’augmentation des cas de malnutrition dans la sous-région de Karamoja en Ouganda, due à l’insécurité alimentaire et aux périodes de sécheresse prolongées, les enfants affectés sont dépistés et traités pour diverses raisons sanitaires.

Annexe 1 : Comment définir les zones géographiques de convergence ?

- 1) **Convenir d'indicateurs sectoriels clés** au niveau national/infranational pour évaluer la gravité de la situation dans les différentes régions du pays. De manière générale, un à deux indicateurs par secteur suffisent. Veiller à ce que chaque secteur/cluster dispose plus ou moins du même nombre d'indicateurs pour réaliser cet exercice, afin d'être également représenté dans l'analyse globale. Idéalement, les indicateurs sont issus de l'analyse de l'insécurité alimentaire aiguë ou de l'analyse de la malnutrition aiguë (classification IPC) si nous anticipons/faisons face à une crise alimentaire/nutritionnelle, mais ils peuvent également provenir d'autres évaluations menées dans le pays. Les ressources doivent être en adéquation avec la crise/le problème à laquelle/auquel nous voulons répondre (la réponse à une sécheresse sera différente de la réponse à des inondations ou à une épidémie de choléra, etc.) Noter que, dans la mesure du possible, les valeurs de ces indicateurs doivent être disponibles à l'échelon infranational.
- 2) **Attribuer un score de gravité à chaque indicateur.**
- 3) Ensuite, **additionner les scores totaux** par zone/région/district et **obtenir un score de gravité global**. Le nombre le plus élevé correspondra aux zones ayant les besoins les plus importants et devra être présélectionné pour la collaboration.
- 4) Le choix définitif des zones de collaboration sera validé en fonction de la disponibilité du financement, des partenaires, etc. Ceci sera décidé et validé collectivement par les clusters impliqués.

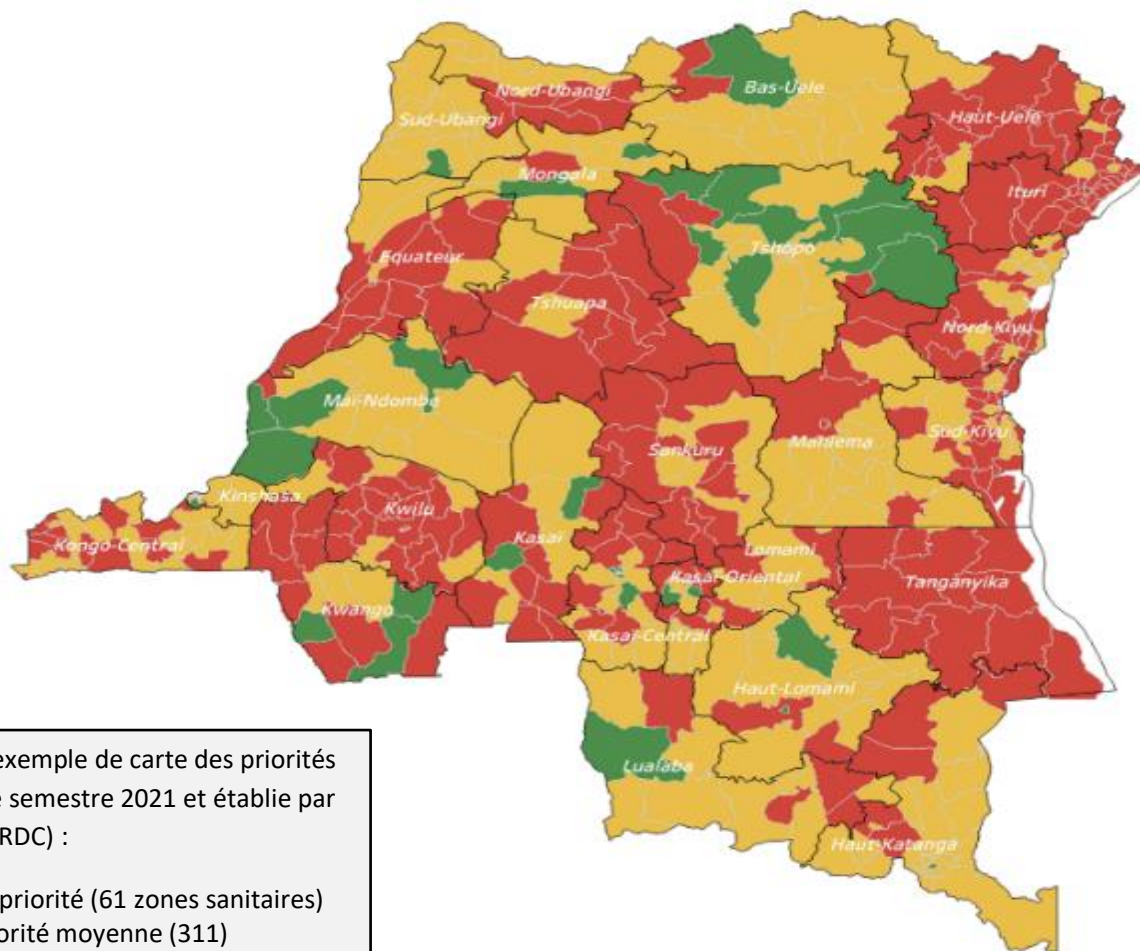
Exemple de la République démocratique du Congo : les 4 clusters (eau, hygiène, assainissement ; sécurité alimentaire ; santé ; et nutrition) ont convenu des indicateurs à valider et ont établi un ordre de priorité des zones géographiques d'intervention conjointe.

Indicateurs	Seuils	Scores
<i>Nombre d'alertes du système de surveillance au cours des 12 derniers mois</i>	0–1 fois	1
	2 fois	2
	3–4 fois	3
<i>Classification IPC de l'insécurité alimentaire aiguë</i>	Phase 1 et 2	1
	Phase 3	2
	Phase 4 ou au-delà	3
<i>Prévalence de malnutrition aiguë globale (analyse IPC si disponible)</i>	0–9 %	1
	9,1–20 %	2

	Plus de 20 %	3
<i>Prévalence des retards de croissance</i>	0–10 %	1
	10,1–20 %	2
	Plus de 20 %	3
<i>Épidémie en cours :</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
	À risque	1
	Non	0
<i>Déplacements de population</i>	Oui	2
	Non	0

En additionnant les scores obtenus, les zones sont ensuite classées par ordre de priorité comme suit :

- Priorité faible = scores entre 5 et 10
- Priorité moyenne = scores compris entre 11 et 15
- Priorité élevée = scores entre 16 et 20

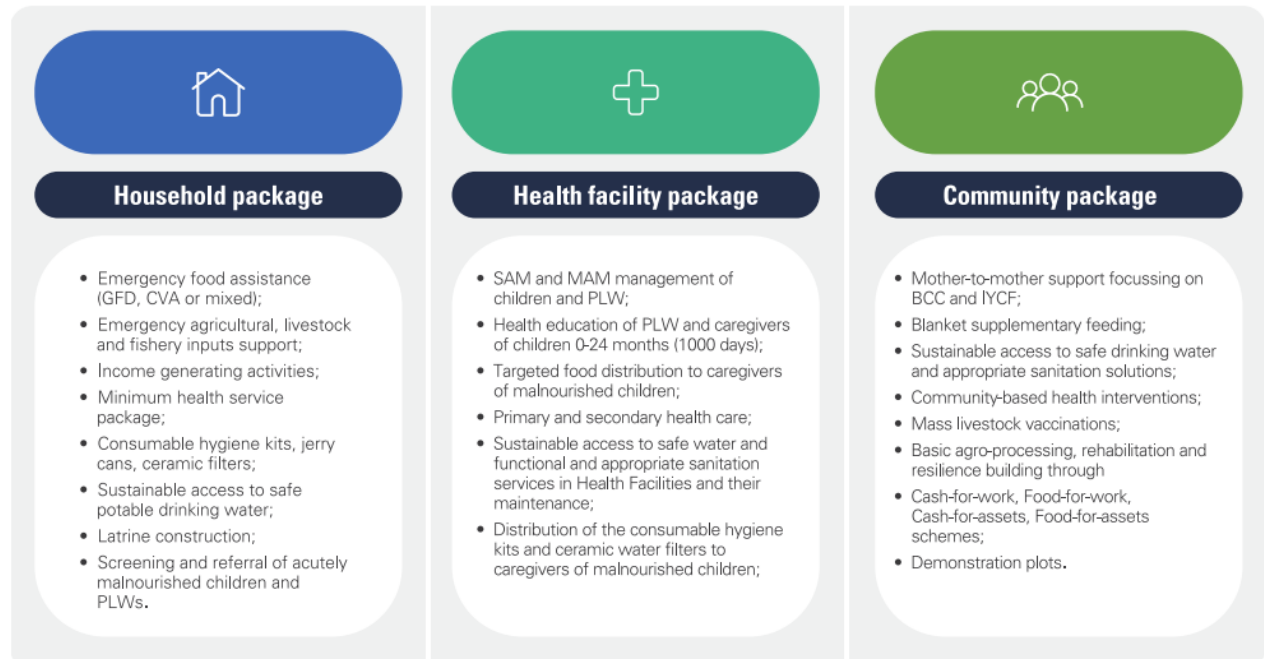


Ci-contre, un exemple de carte des priorités obtenue au 2e semestre 2021 et établie par les 4 clusters (RDC) :

- **Vert** = faible priorité (61 zones sanitaires)
- **Orange** = priorité moyenne (311)
- **Rouge** = haute priorité (147)

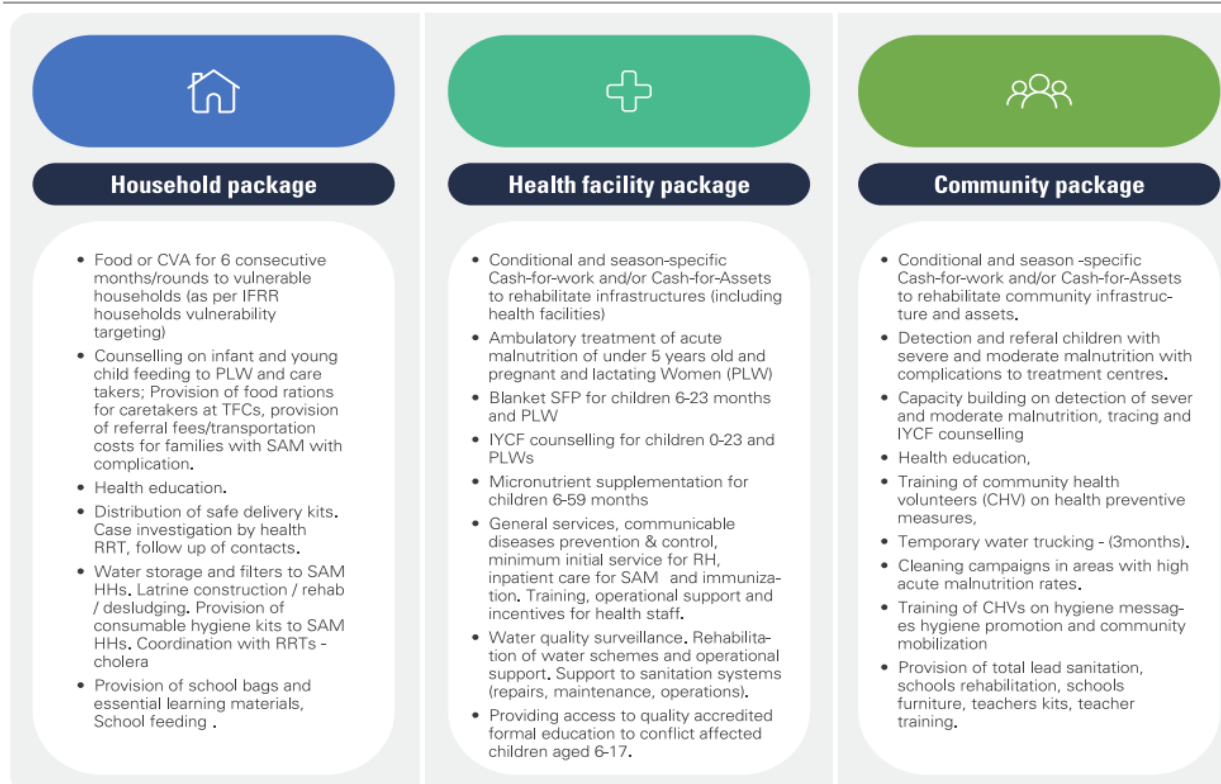
Annexe 2 : Exemple d'un ensemble d'activités intersectorielles au Yémen, extrait de l'étude de cas sur l'ensemble des mesures de réduction intégrée des risques de famine (juillet 2020)

Summary of the initial IFRR minimum package



Les ensembles d'activités intersectorielles peuvent être modifiés au fil du temps ; il est préférable de commencer modestement et de les étoffer en fonction des besoins des populations et des capacités des clusters et des partenaires concernés.

Revised IFRR standard minimum package, 2019



Annexe 3 : Processus de rédaction d'une note de plaidoyer pour promouvoir le travail de collaboration inter-cluster/secteur

Objectif d'une note de plaidoyer : Décrire le contexte, les interventions en cours, identifier les défis/points de blocage et les moyens d'y remédier, mais l'objectif principal d'une note de plaidoyer est de présenter les principales requêtes à votre public cible pour résoudre les goulots d'étranglement identifiés.

Étape 1. Réflexion stratégique

Avant de commencer à rédiger une note de plaidoyer pour promouvoir le travail de la collaboration inter-cluster/secteur, réfléchissez à son objectif et aux informations nécessaires à une argumentation rigoureuse et inclure tous les clusters pertinents dès le début du processus. Vous devriez avoir une discussion commune pour réfléchir aux questions suivantes :

- **Pour quoi faire ?** Définissez le problème commun que vous essayez de résoudre et la meilleure façon de l'aborder.
- **Quels sont les clusters qui devraient faire partie de cette réflexion pour traiter le problème mis en évidence ?** Votre argument sera plus convaincant s'il implique tous les clusters pertinents (généralement sécurité alimentaire ; santé ; eau, hygiène et assainissement ; nutrition ; et, dans certains contextes, également protection ; éducation ; abris).
- **De quelles données probantes disposent tous les clusters pour illustrer et renforcer votre argumentaire commun ?**
- **Qui sont vos publics cibles ?**
- **Quelles sont les principales questions/doutes de vos publics cibles ?**
- **Que devez-vous leur demander de faire différemment** (ce point correspond à votre principale requête) ?

Étape 2. Rédaction conjointe

- Tous les clusters pertinents doivent être inclus dans la conversation dès le début pour une réflexion et une rédaction stratégiques conjointes.
- N'importe quel cluster peut prendre l'initiative de la rédaction de la note de plaidoyer conjointe, mais tous les clusters concernés sont censés apporter leur contribution tout au long du processus et la valider conjointement. Pour éviter des lenteurs inutiles, il est important de convenir d'un processus de validation clair et d'une date limite dès la première discussion.

Étape 3. Processus de rédaction

- 1. Titre.** Utilisez un titre court et convaincant qui souligne votre principale requête commune qui sera précisée dans le document. Envisagez d'utiliser un sous-titre pour des informations supplémentaires, si nécessaire.
- 2. Déclaration d'ouverture.** Commencez par une déclaration qui attire immédiatement l'attention de votre auditoire, en utilisant par exemple un fait ou une donnée important(e) reflétant le problème commun. Il s'agit de l'introduction, qui ne doit pas dépasser une phrase ou deux.
- 3. Informations contextuelles.** En un ou deux paragraphes, décrivez le contexte du pays, les besoins identifiés et les répercussions sur la population. Vous pouvez inclure dans cette section des informations sur les besoins identifiés par chaque cluster, le nombre de personnes dans le besoin et les domaines prioritaires. Décrivez tout travail effectué avec les autorités nationales, le cas échéant.

4. **Défis à relever.** Décrivez l'impact causé par le problème s'il n'est pas résolu. Vous pouvez détailler ici les lacunes et les défis à relever dans la perspective d'une réponse efficace – par exemple, capacités limitées de la collaboration inter-cluster/secteur, difficultés de financement, réduction des priorités pour des activités spécifiques, manque de fournitures, ou accès réduit. N'oubliez pas d'expliquer pourquoi il est important d'agir et quel sera l'impact si les lacunes et les problèmes ne sont pas résolus.
5. **Fournissez des faits et des données sur le problème.** Les données sont importantes pour démontrer qu'un problème existe et pour soutenir votre position. Recherchez des faits pertinents pour le public visé. Pour rendre le document plus convaincant, les données peuvent être présentées sous une forme visuelle, notamment des photos, des graphiques, des tableaux, etc. (en veillant toujours à une utilisation éthique des données). Voici quelques sources d'information : aperçu des besoins humanitaires/plan d'intervention humanitaire, système de suivi financier, rapports de l'IPC, tableaux de bord des clusters et analyse des évaluations conjointes.
6. **Inscrire la problématique dans un programme plus large.** Rattachez la question à l'intérêt de l'auditoire et expliquez comment elle contribue à des programmes plus larges, tels que les ODD, le genre, le lien entre humanitaire et développement, ou la réalisation des engagements du « Grand Bargain » sur la redevabilité envers les populations affectées ou la localisation de l'aide humanitaire.
7. **Vos requêtes.** Exprimez clairement ce que vous attendez des principales parties prenantes ciblées. Plus vous serez précis sur **QUI** doit faire **QUOI** et **QUAND**, plus votre public cible comprendra clairement ce que vous essayez de faire et ce que vous attendez de lui. Envisagez de formuler des recommandations pour les différents groupes de parties prenantes. Par exemple : gouvernements, bailleurs de fonds, OCHA, secteur humanitaire au sens large, partenaires du développement, etc.

Conseils pour rédiger des notes de plaidoyer :

1. **Soyez concis.** Limitez le document à 1–2 pages et rédigez des paragraphes courts de 1–3 phrases, en veillant à ce que chaque paragraphe ne couvre en général qu'un sujet.
2. **Soyez clair.** Utilisez des phrases courtes et évitez le langage technique, les acronymes/sigles et les abréviations.
3. Améliorez votre note de plaidoyer en procédant à **une révision et à une mise en forme de qualité au sein des clusters/secteurs.**

Annexe 4: Note d'orientation: Suivi et évaluation des activités multi-cluster / multi-sectorielles

Suivi et évaluation des activités multi-cluster / multi-sectorielles au niveau des pays

Note d'orientation

Août 2023

Contexte et justification

Il devient de plus en plus évident que les besoins des personnes affectées par les crises humanitaires, qu'elles soient naturelles ou causées par l'homme, aiguës ou prolongées, sont mieux couverts par une approche multi-sectorielle, afin d'obtenir des résultats plus significatifs. Les résultats montrent que cette approche met la population au centre des interventions, met en commun les connaissances et la capacité technique et opérationnelle des partenaires de mise en œuvre et permet de réduire les ressources nécessaires et les coûts associés.

Plusieurs pays ayant des clusters actifs (en particulier, mais pas exclusivement, la santé, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la sécurité alimentaire et la nutrition) ont un certain degré de collaboration multisectorielle en cours, officiellement ou non, qui renforce la fonction du Groupe de Coordination Inter-Clusters (ICCG).

Cela étant, les clusters de la santé, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, au niveau global, se sont engagés dans une collaboration mutuelle. Ils cherchent à identifier le niveau de collaboration inter-clusters / sectoriels (ICSC) dans ces pays et l'efficacité et l'efficacité de cette collaboration dans leurs opérations.

Cadre de la note d'orientation

Cette note d'orientation fournit une liste d'indicateurs qui peuvent être utilisés pour suivre le niveau de progrès (ou l'absence de progrès) des interventions multisectorielles, ainsi que des informations sur la façon dont ils peuvent être utilisés.

La liste n'est en aucun cas prescriptive et peut être modifiée en fonction du contexte de chaque pays et des besoins spécifiques auxquels les clusters tentent de répondre.

L'objectif de ce processus est uniquement de mesurer l'ampleur de la mise en place de l'ICSC, son efficacité et son efficacité et non de déterminer quels services sont fournis par chaque secteur/ cluster. Les résultats de la surveillance pourront être utilisés par les clusters concernés pour prendre les mesures nécessaires pour améliorer la réponse commune.

Pour des informations sur les différentes étapes de mise en place de l'ICSC (par exemple, planification et priorisation des zones géographiques, mise en œuvre, plaidoyer), référez-vous au document « Qu'est-ce que la collaboration inter-cluster / secteur ? », disponible sur les sites web des clusters : [gFSC](#), [GHC](#), [GNC](#) et [GWC](#).

Explication de la terminologie utilisée:

Centre de santé: Les centres de santé englobent tous les établissements officiellement reconnus qui dispensent des soins de santé, y compris les établissements primaires (postes de santé et cliniques), secondaires et tertiaires (hôpitaux de district ou nationaux); publics et privés (y compris les organisations confessionnelles); et des structures temporaires conçues pour les situations d'urgence (par exemple, les centres de traitement du choléra). Ils peuvent être situés dans des zones urbaines ou rurales.³

Établissement: Les services et l'aide ne sont pas nécessairement fournis dans les centres de santé. Selon le contexte, les sites de prestation de services/d'assistance peuvent être des écoles, des centres communautaires, des maisons de retraite, etc.

Service/assistance: Certains clusters/secteurs fournissent des services, par exemple la prise en charge clinique du choléra, etc., tandis que d'autres fournissent une assistance, par exemple la fourniture de kits WASH, la distribution de nourriture, la stimulation et développement du jeune enfant, etc. Par conséquent, les deux mots ont été utilisés dans ce document.

Paquet minimal de réponse : Il s'agit de l'ensemble minimal de services/d'assistance multisectoriels convenu par les clusters participant à la collaboration intersectorielle dans le pays. Chaque centre de santé/établissement aura un ensemble de services différent, adapté aux besoins et contexte. Cela sera identifié par les clusters des pays au début du projet.

Classification des indicateurs : Il est suggéré d'utiliser des indicateurs de processus, de résultats et d'impact pour mesurer les progrès.

- **Indicateurs de processus:** Ceux-ci peuvent être utilisés pour suivre les projets mis en place et à informer les bailleurs, s'ils étaient inclus dans les propositions de projet.
- **Indicateurs de résultat/de réalisation et d'impact de la réponse conjointe :** la liste ci-dessous n'est en aucun cas exhaustive. Il appartient aux clusters de chaque pays de choisir parmi cette liste ou d'identifier différents indicateurs, en fonction de leur contexte. Un ou plusieurs indicateurs sectoriels de cette liste peuvent être utilisés par chaque cluster.

Efficacité (en anglais « effectiveness ») de l'ICSC : Définie comme la capacité de produire un résultat souhaité, des indicateurs mesurant le niveau des résultats prévus atteint (par exemple, réduction du nombre d'épidémies, réduction de la prévalence de la MAG, augmentation de la diversité alimentaire minimale chez les enfants, couverture accrue des services EHA, etc.) peuvent être utilisés. La comparaison entre les zones / populations ciblées et non ciblées peut aider à évaluer l'efficacité.

Efficacité/ rendement (en anglais « efficiency ») de l'ICSC : Définie comme la capacité de produire un résultat souhaité en un minimum de temps, d'efforts et de ressources, une combinaison d'indicateurs mesurant le niveau des résultats prévus atteint (similaire à l'exemple sur l'efficacité ci-dessus), ainsi que la durée/budget prévu dans la proposition de projet peuvent être utilisés.

³ Framework and toolkit for infection prevention and control in outbreak preparedness, readiness and response at the national level: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345251>

Liste des indicateurs suggérés:

Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Information	Classification de l'indicateur (processus/réalisation/ résultat/ impact)	Méthodologie
Disponibilité des services / assistance	# de centres de santé /établissements fonctionnels ayant la capacité de soutenir la distribution des paquets minimaux de services en sécurité alimentaire, santé, nutrition et d'EHA au cours des 3 derniers mois.	# de centres de santé / établissements fonctionnels (y compris les centres de soins de santé primaires, les centres de nutrition, les centres communautaires, les unités de santé, les cliniques mobiles, les maisons de retraite, les écoles, etc., selon le cas dans le pays concerné) soutenant la distribution du paquet minimal de services de santé, de nutrition, EHA et sécurité alimentaire décidés dans le pays.	# total de centres de santé/ établissements identifiés/ciblés dans les zones d'intervention	<p>Paquet minimal de services à décider et valider au niveau de chaque pays.</p> <p>D'autres services de la part d'autres clusters peuvent être ajoutés (Abris et produits non alimentaires, VBG, etc.) en fonction du contexte du pays.</p> <p>En fonction du nombre de clusters fournissant des services, les seuils peuvent être adaptés.</p>	Indicateur de résultat	Le personnel du centre de santé ou de l'établissement collecte l'information à chaque trimestre.
	# de sites ayant la capacité de soutenir la distribution des paquets minimaux de services en sécurité alimentaire, santé, nutrition et d'EHA au cours des 3 derniers mois.	# de sites distribuant les paquets minimaux validés dans le pays en Santé, Nutrition, EHA et Sécurité alimentaire.	# total de sites identifiés / ciblés	Fréquence à ajuster en fonction des accords entre clusters dans le pays.	Indicateur de résultat	Enquête de ménages



<p>Accès aux services / assistance</p>	<p>% de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au niveau d'un centre de santé / établissement au cours des XX derniers mois</p>	<p># de personnes classées par âge et genre (prendre le pourcentage du dénominateur) qui ont reçu le paquet minimal de services validé au niveau du centre de santé/ établissement. Fréquence à définir en fonction de la durée du projet.</p>	<p># total de personnes ayant accès au centre de santé / établissement pendant une période donnée</p>	<p>Idéalement, peut être fait à mi-projet et fin-projet.</p> <p>En fonction du nombre de clusters distribuant les services, le seuil peut être établi. Par exemple, le résultat peut être : "% de personnes ayant reçu l'assistance de 2, 3 ou 4 clusters »</p> <p>Le nombre de personnes ciblées par chaque cluster peut varier, ce qui veut dire que différentes personnes peuvent recevoir des services d'assistance différents, en fonction de leurs besoins. Le résultat en % devra être bien expliqué.</p>	<p>Indicateur de résultat</p>	<p>Le personnel du centre de santé ou de l'établissement collecte l'information à chaque trimestre</p>
--	---	---	---	--	-------------------------------	--



	<p>% de personnes ayant reçu un paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au niveau de la communauté au cours des XX derniers mois</p>	<p># de personnes classées par âge et genre (prendre le pourcentage du dénominateur) qui ont reçu le paquet minimal de services validé au niveau de la communauté (peut être la zone ciblée autour du centre de santé / établissement).</p> <p>Fréquence à définir en fonction de la durée du projet.</p>	<p># total de personnes ciblées au niveau de la communauté</p>	<p>Idéalement, peut être fait à mi-projet et fin-projet.</p> <p>En fonction du nombre de clusters distribuant les services, le seuil peut être établi. Par exemple, le résultat peut être : "% de personnes ayant reçu l'assistance de 2, 3 ou 4 clusters »</p> <p>Le nombre de personnes ciblées par chaque cluster peut varier, ce qui veut dire que différentes personnes peuvent recevoir des services d'assistance différents, en fonction de leurs besoins. Le résultat en % devra être bien expliqué.</p>	<p>Indicateur de résultat</p>	<p>Volontaires communautaires font une enquête pendant la distribution des paquets de service.</p> <p>OU</p> <p>Enquête de ménages</p>
	<p>% de personnes qui disent avoir eu un problème d'accès au(x) paquet minimal de services de la sécurité alimentaire, santé, nutrition et EHA au niveau d'un centre de santé / établissement au cours des XX derniers mois.</p>	<p># total de personnes classées par âge et genre au niveau du centre de santé / établissement et communauté (prendre le pourcentage du dénominateur) qui disent ne pas avoir reçu les services.</p> <p>Fréquence à définir en fonction de la durée du projet.</p>	<p># total de personnes ciblées dans les zones prioritaires</p>	<p>Idéalement, à faire à mi et fin de projet</p> <p><u>Préciser quel(s) service(s) n'étai(en)t pas disponible(s) et pourquoi</u></p> <p>Si le projet est mis en place au niveau des centres de santé/établissements et au niveau de la communauté, faites s'il vous plaît une analyse séparée</p>	<p>Indicateur de résultat</p>	<p>-Au niveau des centres de santé/établissements : Le personnel collecte l'information</p> <p>-Au niveau de la communauté : enquête de ménages</p> <p>Dans un contexte avec ressources limitées, les entretiens avec les</p>



					interlocuteurs clés peuvent informer sur les problèmes d'accès (l'équipe du pays peut décider de présenter les résultats sous forme qualitative ou de garder l'indicateur en %, précisant qu'il s'agit d'une estimation provenant d'entretiens avec les interlocuteurs clés.	
Satisfaction des bénéficiaires	% de femmes, filles, hommes et garçons satisfaits de l'exhaustivité, qualité et pertinence du paquet minimum de services distribués par la SECAL, EHA, santé et nutrition.	# de personnes classées par âge et genre (prendre le pourcentage du dénominateur) qui ont répondu positivement à l'enquête de satisfaction à propos de la qualité des services reçus.	# total de personnes classées par âge et genre qui ont participé à l'enquête de satisfaction.	<p>Idéalement peut être fait à mi ou fin de projets.</p> <p><u>Si les personnes ne sont pas satisfaites, il faut identifier le(s) services concernés et comprendre la raison pour pouvoir entreprendre des mesures correctives.</u></p> <p>Assurer la compliance avec l'AAP (redevabilité envers les populations affectées)</p>	Indicateur de résultat	<p>Enquête de satisfaction (au niveau des centres de santé/ établissement/ communauté)</p> <p>Dans un contexte avec ressources limitées, les entretiens avec les interlocuteurs clés peuvent informer sur les problèmes d'accès (l'équipe du pays peut décider de présenter les résultats sous forme qualitative ou de garder l'indicateur en %, précisant qu'il s'agit d'une estimation provenant d'entretiens avec les interlocuteurs clés.</p>

						précisant qu'il s'agit d'une estimation provenant entretiens avec les interlocuteurs clés.
Engagement de la communauté	# de mâles et femelles, membres de la communauté, qui ont activement participé à la planification et mise en place de la réponse conjointe au cours des XX mois.	# de personnes classées par âge et genre (prendre le pourcentage du dénominateur) qui disent avoir participé à la planification et mise en place de la réponse conjointe.	# total de personnes classées par âge et genre qui ont participé à l'enquête.	<p>Peut être une section de l'enquête de satisfaction présentée ci-dessus.</p> <p>Cet indicateur peut être désagrégé entre la phase de planification et la phase de mise en place.</p> <p>Idéalement peut être fait à mi ou fin de projets.</p>	Processus	<p>Au moins 10 groupes de discussion (Focus Group Discussion en anglais) = 100 personnes environ, membres de la communauté (au niveau des centres de santé / établissements / communauté), si les ressources le permette.</p> <p>Dans un contexte avec ressources limitées, les entretiens avec les interlocuteurs clés peuvent informer sur les problèmes d'accès (l'équipe du pays peut décider de présenter les résultats sous</p>

					<p>forme qualitative ou de garder l'indicateur en %, précisant qu'il s'agit d'une estimation provenant entretiens avec les interlocuteurs clés.</p> <p>Collecter le nombre de participants de la communauté lors des séances de planification et de mise en place.</p>	
	# et % de personnes qui se sentent impliquées de façon adéquate dans la mise en place du projet	# de personnes classées par âge et genre (prendre le pourcentage du dénominateur) qui rapportent être impliquées dans la mise en place du projet conjoint.	# total de personnes classées par âge et genre qui ont participé à l'enquête.		Impact	Au moins 10 FGDs (100 personnes) membres de la communauté, si les ressources le permettent.
	# d'entretiens avec des personnes clés et des groupes de discussions avec les hommes, garçons, femmes et filles affectés qui ont aidé à identifier les critères de sélection de la population cible pour les interventions au cours des XX mois passés.	# d'entretiens de personnes clés/ FGD pour identifier les critères de sélection des bénéficiaires au cours des XX mois passés	# total d'entretiens avec des personnes clés / FGDs (si disponible)	Ce n'est pas un indicateur principal mais il peut être utilisé comme un sous-indicateur du précédent (personnes qui se sentent impliquées de façon adéquate). Si le dénominateur est disponible, on pourra calculer un pourcentage.	Processus	L'agent de suivi & évaluation reçoit les rapports du terrain et les compile

Résultat /impact de la réponse conjointe	Incidence des maladies sélectionnées	# de nouveaux cas d'une certaine maladie	# de personnes à risque pour cette maladie multiplié par une période définie	Le cluster santé national peut identifier les maladies prioritaires en lien avec l'EHA, la SECAL et Nutrition à inclure dans la liste.	Indicateur de réalisation	Surveillance des maladies transmissibles (ex., EWARS)
	Taux de létalité pour les maladies les plus courantes (spécifier si au niveau des centres de santé ou établissements)	# de cas d'une certaine maladie suite à laquelle une personne est décédée	# total de cas d'une certaine maladie pendant une période définie (fraction du numérateur et dénominateur multipliée par 100)		Un ou deux indicateurs de réalisation/ résultat peuvent être choisis pour démontrer l'impact des interventions de ICSC, et d'autres peuvent être choisis pour compléter l'analyse / l'interprétation de ce résultat ; en fonction du contexte.	Indicateur de réalisation
	Taux de vaccination des enfants	# d'enfants de 0-59 mois entièrement vaccinés contre les maladies prioritaires (polio / rougeole)	# total d'enfants 0-59 mois ciblés	Indicateur de résultat		Agent de santé rapports hebdomadaires/ mensuels
	Prévalence MAG parmi les enfants de moins de 5 ans	# d'enfants de moins de 5 ans diagnostiqués avec MAM + MAS dans la zone ciblée	# d'enfants de moins de 5ans mesurés pour la malnutrition dans la zone ciblée	Les données pour ces 2 indicateurs peuvent être collectées avant et à la fin de l'intervention Un ou deux indicateurs de réalisation / résultat peuvent être choisis pour démontrer l'impact des interventions de ICSC, et d'autres peuvent être choisis pour compléter l'analyse / l'interprétation de ce résultat ; en fonction du contexte.		Indicateur de réalisation
	Diversité Alimentaire Minimale (en anglais: Minimum Dietary Diversity = MDD) chez les enfants de 6-23 mois	# d'enfants de 6-23 mois qui a consommés au moins 5 des 8 groupes d'aliments et boissons pendant les dernières 24h seuil: au moins 5 groupes d'aliments parmi les 8 groupes	# d'enfants de 6-23 mois enquêtés		Indicateur de réalisation	Nous regardons la partie de l'enquête ménages ou de l'enquête SMART qui se consacre à la prévalence d'enfants de 6-23 mois consommant au moins 5 groupes



						<p>d'aliments pendant les dernières 24h.</p> <p>Pour l'analyse, important de séparer les enfants allaités et les enfants non allaités.</p> <p>Et aussi de séparer les groupes d'âges : 6-11 m; 12-17 m et 18-23 mois</p>
	# de personnes en phase 5 / phase 4 / phase 3 de l'IPC insécurité alimentaire aigue (ou Cadre Harmonisé)	# de personnes étant identifiées en phase 5 (catastrophe / famine) / phase 4 (urgence) / phase 3 (crise) lors de l'IPC insécurité alimentaire aigue		<p>L'indicateur peut aussi refléter le % de personnes qui ont changé de phases.</p> <p>Un ou deux indicateurs de réalisation / résultat peuvent être choisis pour démontrer l'impact des interventions de ICSC, et d'autres peuvent être choisis pour compléter l'analyse / l'interprétation de ce résultat ; en fonction du contexte.</p>	Indicateur de réalisation	Analyse IPC – Insécurité alimentaire aigue, souvent utilisation du Cadre Harmonisé en Afrique de l'Ouest
	Indice de stratégie d'adaptation réduit (en anglais : Reduced Coping Strategy Index, rCSI)	% de personnes dont le rCSI s'est amélioré, dans la zone ciblée, après la mise en place du projet ICSC.		<p>Cet indicateur peut aussi indiquer le nombre ou % de personnes adoptant des stratégies de crises/ d'urgence (à comparer avec les données initiales). Il peut être calculé peu de temps après l'intervention et c'est un indicateur</p>	Indicateur de réalisation	Enquête de sécurité alimentaire au niveau des ménages



				pertinent pour la sécurité alimentaire quand l'IPC (ou cadre harmonisé) n'est pas disponible ou pas récent.		
	Score de Consommation alimentaire (en anglais : Food Consumption Score, FCS)	% de personnes dont le FCS s'est amélioré, dans la zone ciblée, après la mise en place du projet ICSC.		Cet indicateur peut aussi indiquer le nombre ou % de personnes avec un FCS acceptable / limite (à comparer avec les données initiales). Il peut être calculé peu de temps après l'intervention et c'est un indicateur pertinent pour la sécurité alimentaire quand l'IPC (ou cadre harmonisé) n'est pas disponible ou pas récent.	Indicateur de réalisation	Enquête de sécurité alimentaire au niveau des ménages
	Indice de stratégie de survie basée sur les moyens de subsistance (en anglais : Livelihood Coping Strategy Index, LCSi)	% de personnes dont le LCSi s'est amélioré dans la zone ciblée, après la mise en place du projet ICSC.		Cet indicateur peut aussi indiquer le nombre ou % de personnes adoptant des stratégies de crises / d'urgence (à comparer avec les données initiales). C'est un indicateur pertinent pour la sécurité alimentaire quand l'IPC (ou cadre harmonisé) n'est pas disponible ou pas récent.	Indicateur de réalisation	Enquête de sécurité alimentaire au niveau des ménages

	<p>Pourcentage de centres de santé/établissements ayant accès à un niveau de service d'eau potable de base</p>	<p># de centres de santé/établissements ayant accès à un niveau de service d'eau potable de base</p>	<p># de centres de santé/établissement ciblés par les interventions conjointes</p>	<p>Un ou deux indicateurs de réalisation / résultat peuvent être choisis pour démontrer l'impact des interventions de ICSC, et d'autres peuvent être choisis pour compléter l'analyse / l'interprétation de ce résultat ; en fonction du contexte.</p>	<p>Indicateur de réalisation</p>	<p>Enquêtes de suivi dans les centres de santé/établissements</p>
	<p>Pourcentage de centres de santé/établissements ayant un point de lavage des mains fonctionnel</p>	<p># de centres de santé/établissements ayant un point de lavage des mains fonctionnel</p>	<p># de centres de santé/établissement ciblés par les interventions conjointes</p>	<p>La qualité des services EHA se compare avec les normes SPHERE ou avec les normes locales, comme convenu par les membres du cluster EHA.</p>	<p>Indicateur de réalisation</p>	<p>Enquêtes de suivi dans les centres de santé/établissements</p>
	<p>Pourcentage de ménages ciblés par l'activité EHA qui collectent l'eau pour la boisson, la cuisine et l'hygiène dans des sources d'eau protégées</p>	<p># de ménages qui collectent leur eau pour la boisson, cuisine et hygiène dans des sources d'eau protégées</p>	<p># de ménages dans la zone ciblée par les interventions conjointes</p>		<p>Indicateur de réalisation</p>	<p>Enquêtes au niveau des ménages ou basé sur la population ciblée pour une source d'eau améliorée</p>
	<p>Pourcentage de ménages pratiquant les gestes d'hygiène clés (à adapter en fonction de la composition du kit):</p> <p>% de ménages dont la source d'eau potable a un chlore résiduel libre > 0.2 mg/ L</p> <p>Ou % de ménages ayant de l'eau et du savon au niveau du lieu de</p>	<p># de ménages enquêtés dont la source d'eau potable a un chlore résiduel libre > 0.2 mg/L</p>	<p># de ménages qui ont reçu un kit EHA dans les zones ciblées par les interventions conjointes</p>	<p>Pertinent pour les projets EHA qui distribuent des kits EHA aux enfants inscrits aux programmes de traitement MAM/MAS, aux patients sortant des établissements de santé ou aux personnes bénéficiant d'une aide à la sécurité alimentaire.</p>	<p>Indicateur de réalisation</p>	<p>Enquête de suivi après la distribution des services</p>



	<p>lavage des mains de leur lieu d'habitation</p> <p>Ou autre contenu du kit</p>	<p>Ou # de ménages qui ont reçu un kit et où l'eau et savon se trouvent au lieu de lavage des mains couramment utilisé.</p> <p>Ou autre contenu du kit.</p>					
Plaidoyer et recherche de financement	# de projets développés et pleinement financés pendant les 12 derniers mois dans le cadre d'une stratégie commune.	# de nouveaux projets multi-sectoriels développés et financés pendant les 12 derniers mois, qui incluent des interventions en SECAL, Santé, EHA et nutrition et toutes autres interventions multisectorielles.			Processus	Clusters compilent les informations	
	# d'évènements conjoints de plaidoyer au niveau national et global organisés au cours des 12 derniers mois.	# de nouveaux évènements conjoints de plaidoyer organisés au cours des 12 derniers mois ciblant une audience nationale et/ou globale.			Processus	Clusters compilent les informations	
	% de financement reçu suite aux demandes de financement conjointes au cours des 12 derniers mois.	Quantité (comme pourcentage du dénominateur) de financement (en USD) reçu pour mettre en place les projets intersectoriels au cours des 12 derniers mois	Financement total reçu par les 4 clusters en 12 mois		L'indicateur de pourcentage de financement peut être utilisé pour identifier le progrès fait année après année.	Processus	Les coordinateurs des clusters collectent et compilent sur une base annuelle (du FTS, du suivi de financement du HRP, etc...)
	% de financement reçu dans le cadre d'une stratégie commune.	Quantité (comme pourcentage du dénominateur) de financement (en USD) reçu pour mettre en place les projets intersectoriels au cours des 12 derniers mois	Quantité totale demandée aux bailleurs pour mettre en place une réponse conjointe.		Total demandé peut être, par exemple, la demande initiale pour un financement CERF ou HF. Cet indicateur peut être utilisé avec ou au lieu des indicateurs précédents, en	Processus	Les coordinateurs des clusters collectent et compilent sur une base annuelle (du FTS, du suivi de financement du HRP, etc...)



				fonction des informations disponibles		
--	--	--	--	---------------------------------------	--	--