

APPROCHE INTÉGRÉE POUR LA RÉDUCTION DES RISQUES DE FAMINE : UNE STRATÉGIE INTER- CLUSTER POUR PRÉVENIR LA FAMINE AU YÉMEN

Étude de cas
Juillet 2020



Remerciements

Cette étude de cas a été rendue possible grâce au soutien financier de USAID et aux contributions des acteurs des clusters WASH, Nutrition, Santé, ainsi que Sécurité alimentaire et Moyens de subsistance au Yémen. Le Groupe de travail inter-cluster sur la nutrition (ICNWG) et ses membres ont appuyé la documentation de l'expérience du Yémen pour la mise en œuvre d'une réponse holistique et intégrée. Nous sommes reconnaissants aux membres du Groupe pour leur engagement continu dans la promotion et l'amélioration des collaborations intersectorielles dans les pays.

Auteur : **Danka Pantchova**, Cluster Nutrition, Service d'assistance

Principaux intervenants

- **Dr Anna Ziolkovska**, Coordinatrice adjointe du Cluster Nutrition, ancienne coordinatrice du Cluster Nutrition au Yémen
- **Emma Tuck**, Coordinatrice du Cluster Eau et Assainissement au Yémen
- **Dr Fawad Khan**, Coordinateur du Cluster Santé au Yémen
- **Gordon Dudi**, Coordinateur du Cluster Sécurité Alimentaire et Agriculture au Yémen
- **Isaack Manyama**, Coordinateur du Cluster Nutrition au Yémen

01	Liste des abréviations	p.4
02	Résumé	p.5
03	Contexte	p.7
04	Conception et mise en œuvre de la stratégie intégrée de réduction des risques de famine	p.8
05.1	Processus d'élaboration de la stratégie	p.9
05.2	Convenir des zones géographiques	p.11
05.3	Développement de l'ensemble de l'IFRR	p.12
05.4	Approche de l'IFRR au niveau infranational	p.13
05.5	Activités de coordination	p.15
05.6	Affiner et recentrer la stratégie en 2019	p.15
05.7	Assurer un soutien financier à l'IFRR	p.17
05	Résultats	p.18
06	Principaux défis et leçons apprises	p.21
07	Meilleures pratiques	p.25
08	Transférabilité et évolutivité	p.27
09	Prochaines étapes	p.29

01 Liste des abréviations

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
CCC	Communication pour le changement comportemental
CHV	Volontaires de santé communautaire
CSAA	Cluster sécurité alimentaire et agriculture
CVA	Aide sous forme d'espèces ou de bons
DFID	Ministère du développement international (Royaume-Uni)
EFSNA	Évaluation nutritionnelle et de la sécurité alimentaire en situation d'urgence
ES	Établissement de santé
GFD	Distribution de denrées alimentaires générales
HCT	Équipe de pays pour l'action humanitaire
HH	Ménages
HNO	Synthèse des besoins humanitaires
ICCM	Réunion de coordination inter-clusters
IFRR	Réduction intégrée des risques de famine
IMMAP	Gestion de l'information et programmes de lutte contre les mines
IPC	Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MoPHP	Ministère de la santé publique et de la population (Yémen)
MoPIC	Ministère de la planification et de la coopération internationale (Yémen)
OCHA	Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PLW	Femmes enceintes et allaitantes
PNS	Programme nutritionnels supplémentaires
PRH	Plan de réponse humanitaire
RRT	Équipe d'intervention rapide
SAG	Groupe consultatif stratégique
SUFAC	Comités d'assistance alimentaire au niveau des sous-districts
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
WASH	Eau, Assainissement et Hygiène

02 Résumé

La crise politique au Yémen, suite à la révolution de 2011 et à la guerre civile qui a débuté en mars 2015, a provoqué l'une des urgences humanitaires les plus dévastatrices au monde. Le Yémen est touché par une sous-alimentation généralisée et une épidémie prolongée de choléra, qui a éclaté en 2016.

Le Cluster sécurité alimentaire et agriculture du Yémen, le Cluster eau et assainissement, le Cluster nutrition et les Clusters de santé ont lancé en octobre 2017 la stratégie de la Réduction intégrée des risques de famine (IFRR) du Yémen. L'objectif principal de la stratégie de la Réduction intégrée des risques de famine est de prévenir la famine et d'atténuer la faim en améliorant l'accès à la nourriture et à d'autres fournitures et services vitaux, en augmentant le pouvoir d'achat, tout en préconisant des mesures visant à apporter la stabilité économique. La réussite de la stratégie a consisté à obtenir et à élargir l'adhésion d'un nombre sans cesse croissant d'acteurs clés à tous les niveaux.

L'approche IFRR est fondée sur une convergence géographique commune, un ensemble convenu de services multisectoriels, des critères conjoints de sélection des bénéficiaires et un cadre conjoint de suivi et de rapport. Les efforts continus de coordination et de plaidoyer déployés par les quatre clusters aux niveaux national et infranational ont créé un environnement propice pour soutenir et promouvoir davantage l'approche de l'IFRR.

Depuis le début de l'année 2017, les clusters ont franchi quelques étapes clés visant à améliorer la conception et la mise en œuvre holistique de l'IFRR. Le diagramme ci-dessous résume certains des principaux événements qui ont conduit à un partenariat sur le long terme, qui est toujours en cours.

Figure 1.
Processus et calendrier de l'IFRR





Yemen, 2016
© UNICEF/UN028050/Fuad

L'IFRR n'est pas figée. Bien qu'elle soit confrontée à de nombreux défis décrits dans les sections suivantes de la présente étude de cas, l'approche de l'IFRR est un exemple inspirant des efforts et des solutions créatives pour un partenariat inter-clusters réussi, dans le contexte particulièrement difficile du Yémen. Même si ce n'était pas son intention initiale, l'IFRR au Yémen est fondée sur l'idée que lorsque des partenaires égaux comprennent et fournissent des services pour prévenir la famine de manière interdisciplinaire, la qualité de vie des populations peut être améliorée et maintenue grâce à des efforts organisés et des choix éclairés entrepris par la société, les organisations publiques et privées, les communautés et les individus. En tant que telle, la stratégie de l'IFRR devient une approche holistique transférable et applicable à différents contextes, que ces contextes connaissent une situation d'urgence, de transition ou de développement.

L'exploration continue des liens intersectoriels et de la manière dont la réponse d'un secteur peut tirer parti des résultats obtenus par d'autres secteurs est au cœur de la réussite des pratiques et des partenariats intersectoriels, et donc bénéfique aux populations vulnérables, y compris celles qui souffrent de crises complexes et à plusieurs niveaux.

03 Contexte

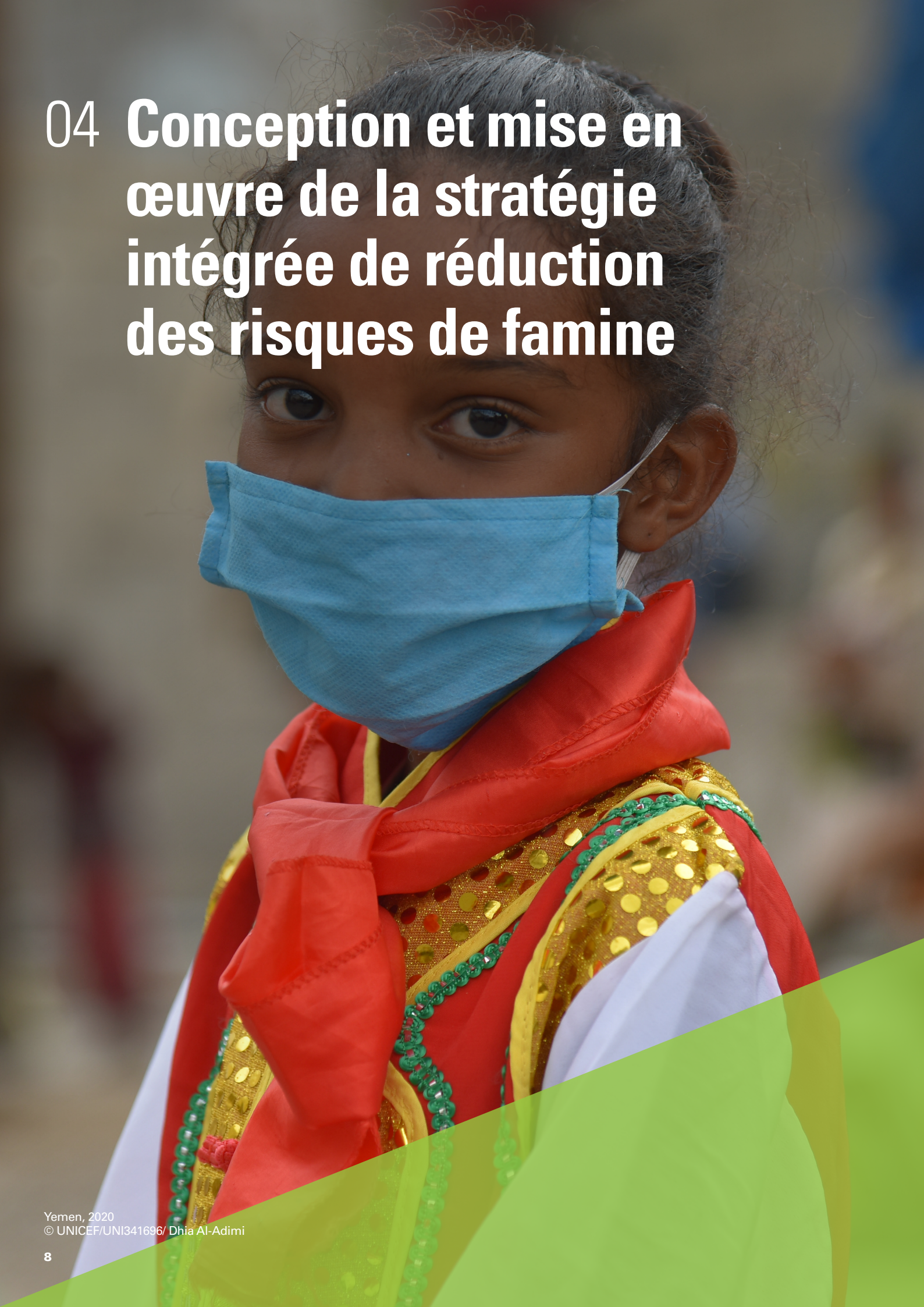
La crise politique au Yémen, suite à la révolution de 2011 et à la guerre civile qui a débuté en mars 2015, a provoqué l'une des urgences humanitaires les plus dévastatrices au monde. Le Yémen est touché par une sous-alimentation généralisée et une épidémie prolongée de choléra, qui a éclaté en 2016. L'économie s'est encore détériorée en raison du blocus des ports maritimes essentiels de Hodeidah et d'Aden. Cela a perturbé l'approvisionnement crucial des marchés et des activités humanitaires dans un pays traditionnellement dépendant de l'importation de produits essentiels, y compris de denrées alimentaires.

En mars 2017, une analyse réalisée par le Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) a estimé que 60 % de la population totale du Yémen (environ 17 millions de personnes) se trouvait en insécurité alimentaire et avait un besoin urgent d'aide humanitaire. Le niveau de besoin variait de la phase 3 de l'IPC, « crise » (environ 10,2 millions de personnes) à la phase 4 de l'IPC, « urgence » (6,8 millions de personnes).

Sur les 22 provinces du pays, quatre présentaient des prévalences de malnutrition aiguë globale (MAG) supérieures aux seuils d'urgence de l'OMS, tandis que dans huit d'entre elles, les prévalences de MAG étaient à des niveaux critiques, et dans sept districts, les prévalences étaient graves. À cette époque, plus de 2 millions de personnes ont été déplacées. Parmi eux, 85 % se sont installés dans des provinces déjà en « crise » et en « urgence » (phases 3 et 4 de l'IPC), ce qui a encore aggravé les besoins de ces régions.



04 Conception et mise en œuvre de la stratégie intégrée de réduction des risques de famine

A close-up photograph of a young girl with dark hair, wearing a light blue surgical-style face mask. She is looking directly at the camera with a neutral expression. She is wearing a vibrant red garment with gold sequined and beaded details, characteristic of traditional Yemeni attire. The background is blurred, suggesting an outdoor setting. A large, semi-transparent green graphic element is in the bottom right corner.

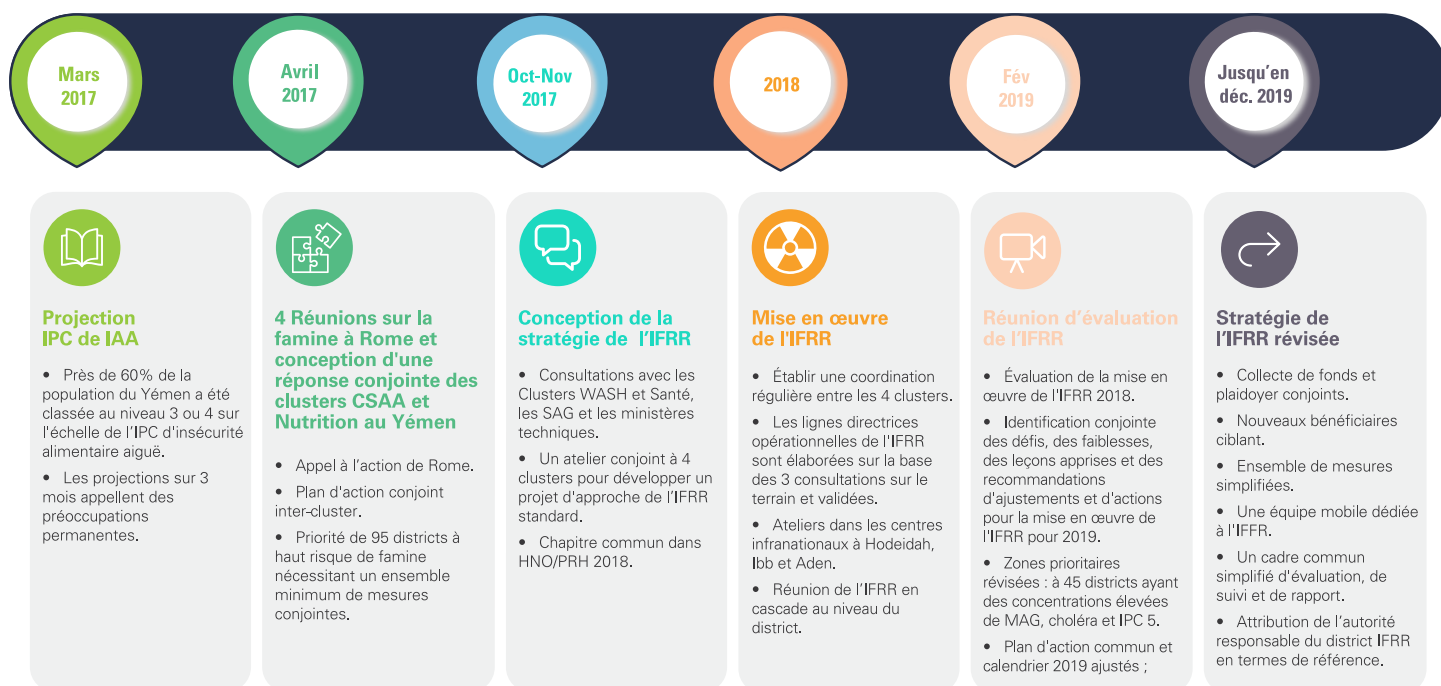
04 Conception et mise en œuvre de la stratégie intégrée de réduction des risques de famine

Lancée en octobre 2017, la stratégie de Réduction intégrée des risques de famine (IFRR) a pour principal objectif de prévenir la famine et d'atténuer la faim en améliorant l'accès à la nourriture et à d'autres fournitures et services vitaux, en augmentant le pouvoir d'achat, tout en préconisant des mesures visant à apporter la stabilité économique. La réussite de la stratégie a consisté à obtenir et à élargir l'adhésion d'un nombre sans cesse croissant d'acteurs clés à tous les niveaux. La **figure 1** montre les étapes clés qui ont été franchies pour concevoir, mettre en œuvre et affiner la stratégie de l'IFRR depuis 2017.

04.1 Processus d'élaboration de la stratégie

Le travail de conception et de mise en œuvre de la stratégie a commencé en avril 2017 lorsque le Cluster sécurité alimentaire (CSA) et le Cluster nutrition (GNC) ont organisé une réunion à Rome pour soutenir l'augmentation de l'aide humanitaire aux populations les plus vulnérables dans les pays les plus touchés par la famine (dont le Nigeria, le Soudan du Sud et la Somalie). À la suite de la réunion de Rome, le Cluster sécurité alimentaire et agriculture (CSAA) et les Clusters nutrition au Yémen ont convenu de priorités conjointes et d'un ensemble minimum de réponses partagées de services de sécurité alimentaire et de nutrition, fournis dans les zones géographiques prioritaires.

Figure 1.
Processus et calendrier de l'IFRR





Les 95 zones géographiques initialement prioritaires ont été sélectionnées sur la base des données disponibles au niveau des districts¹ et de l'une ou l'autre des conditions ci-dessous :

**Plus de 15 %
de la population de moins
de cinq ans subit une MAG,**

avec des données tirées des enquêtes SMART menées entre 2016 et 2017, de l'Évaluation de la sécurité alimentaire et de la nutrition en situations d'urgence (EFSNA) 2016 et de l'enquête globale sur la sécurité alimentaire en 2014.

**Plus de 20 %
de la population**

souffre d'insécurité alimentaire² selon la classification de l'IPC en février-mars 2017.

Tout au long de l'année 2017, le Cluster nutrition et le CSAA ont également fait appel au Cluster Eau, Assainissement et Hygiène (WASH) et au Cluster santé (ainsi qu'au conseiller inter institutions pour la protection, à l'OCHA et aux ministères concernés).

Ensemble, les clusters ont organisé un atelier national de trois jours en octobre 2017 réunissant tous les acteurs de l'IFRR. Il s'agissait de représentants des organismes techniques des Nations Unies, de partenaires techniques clés du Ministère de la santé publique et de la population (MoPHP), du Ministère de l'agriculture, du Ministère de la planification et de la coopération internationale (MoPIC), de l'Organisation centrale des statistiques, d'ONG nationales et internationales, de coordinateurs de clusters infranationaux et d'OCHA. Au cours de l'atelier, les premiers efforts pour identifier les zones géographiques ciblées et développer des ensembles de services ont été mis en place, et un premier ensemble IFRR et des districts prioritaires que le groupe élargi ciblerait ont été adoptés.

¹ Lorsque les données n'étaient pas disponibles au niveau des districts, les données disponibles au niveau des provinces ont été subdivisées en regroupant les districts par zones de subsistance, zones agroécologiques et zones d'altitude, en calculant le nombre absolu de cas de MAG par zone et en calculant leur proportion par rapport à l'estimation de la population totale des moins de 5 ans. Cette proportion de MAG a été considérée comme une indication indirecte du niveau de MAG dans les districts.

² Combiner les indicateurs de premier niveau relatifs à la consommation alimentaire et à l'évolution des moyens de subsistance

04.2 Convenir des zones géographiques

Sur la base de nouvelles données, 12 districts supplémentaires ont été ajoutés par les clusters WASH, Nutrition, Santé et CSAA, étendant la liste à 107 districts à risque de famine. Il a été convenu que ces 107 districts devaient faire l'objet d'une programmation intégrée assurée par les quatre clusters en 2018.

Étant donné que tous les clusters n'avaient pas de partenaires opérant dans ces 107 districts, le plus grand défi consistait à s'assurer que l'ensemble des services était fourni pour tous les lieux. Il a été décidé que les partenaires s'efforceraient collectivement d'atteindre les 107 districts avec le plus grand nombre possible d'activités de cet ensemble de services. Parallèlement, 27 ont été définis comme des districts pilotes de l'IFRR, car les quatre clusters étaient présents dans ces zones et les établissements de santé étaient fonctionnels, ce qui a permis de fournir l'ensemble de services minimum (voir la figure 2)³.

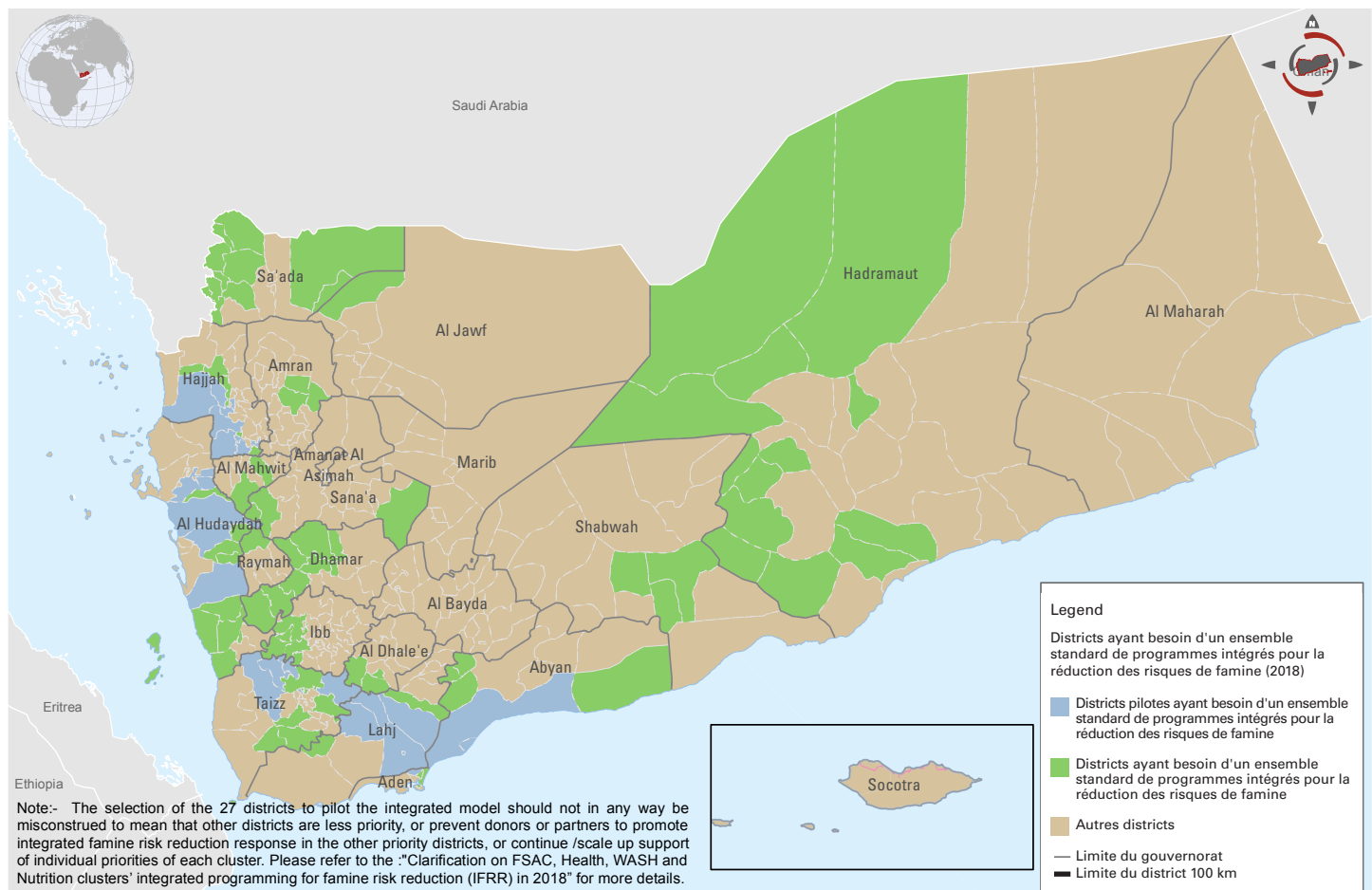
³ Les critères de cette priorisation ont été principalement inspirés de la nouvelle Famine classification de novembre 2016 combinant des données fiables sur la GAM, mortalité et consommation alimentaire / changement des moyens de subsistance

Figure 2.

Cartographie prioritaire et zones pilotes de l'IFRR pour la réponse IFRR 2018

(Sources : Cluster sécurité alimentaire, Cluster santé, Cluster nutrition, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Cluster WASH).

YEMEN Health, FSAC, Nutrition and WASH clusters : Pilot districts in need of standard integrated programming package for famine risk reduction (2018)



Note : la sélection des 27 districts pilotant le modèle intégré de doit en aucun cas être mal interprétée, laissant à penser que les autres districts sont moins prioritaires, ou empêcher les donateurs ou les partenaires de promouvoir une réponse intégrée de réduction des risques de famine dans les autres districts prioritaires et de poursuivre/accroître le soutien aux priorités individuelles de chaque cluster. Pour plus de détails, veuillez consulter la « clarification sur la programmation intégrée de réduction des risques de famine (IFRR) en 2018 des groupes FSAC, Santé, WASH et Nutrition ».

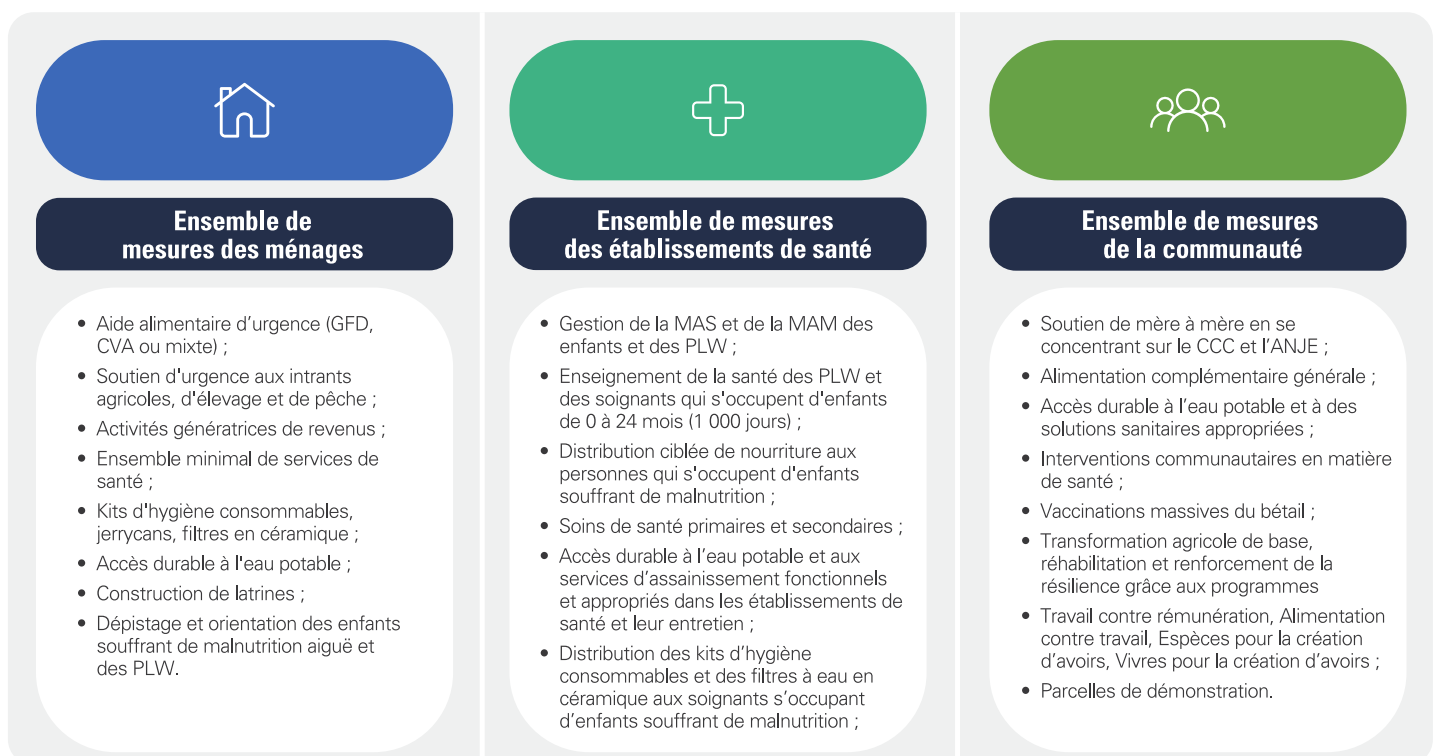
04.3 Développement de l'ensemble de l'IFRR

L'ensemble initial de l'IFRR s'articulait autour de trois niveaux : les ménages, les communautés et les établissements de santé, où chaque secteur devait appliquer un ensemble minimum de services (*voir figure 3*). L'ensemble de services n'était pas destiné à ajouter des services existants mais plutôt à trouver des liens potentiels, où un secteur peut contribuer à d'autres secteurs pour améliorer leur couverture et leur efficacité. Par exemple, les messages de l'ANJE et les activités d'information, d'éducation et de communication mises en œuvre par les acteurs de la nutrition devaient contenir des informations sur la manière de manipuler et de préparer correctement les aliments, de traiter les affections mineures et de sensibiliser à l'hygiène (y compris la prévention du choléra), tout en respectant les différents groupes de population vulnérables.

Pour élaborer les ensembles de mesures, les quatre coordinateurs des clusters ont fait appel à du personnel technique clé, notamment les spécialistes WASH et nutrition de l'UNICEF, le responsable du suivi de l'évaluation de la vulnérabilité du PAM, l'épidémiologiste et le responsable de la nutrition de l'OMS, ainsi que le spécialiste des moyens de subsistance de la FAO. Les coordonnateurs ont ensuite partagé ces informations avec leurs groupes consultatifs stratégiques (SAG) et leurs membres respectifs.

Figure 3.

Résumé de l'ensemble minimal initial de mesures de l'IFRR



04.4 Approche de l'IFRR au niveau infranational

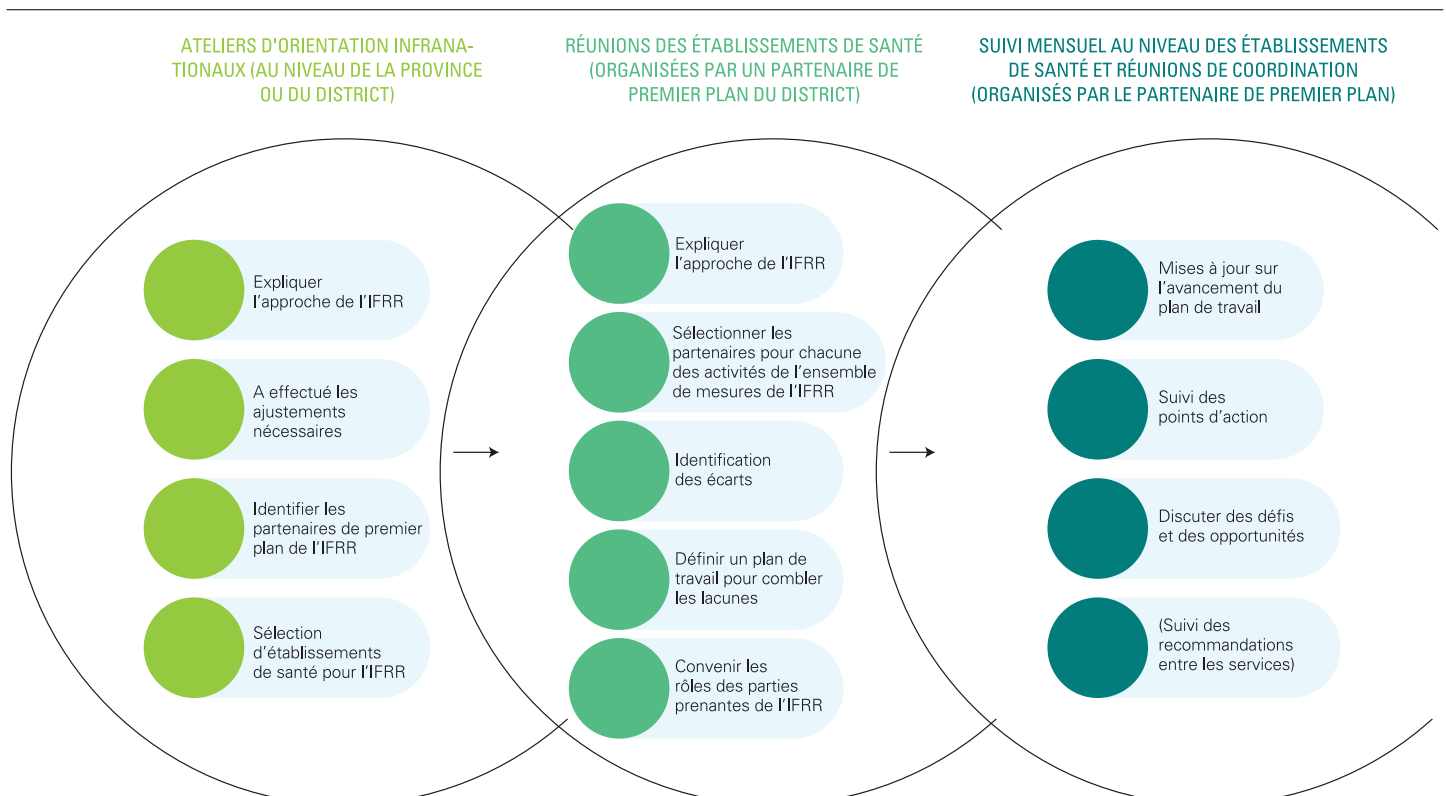
L'approche réelle de l'IFRR a été affinée au niveau infranational, à la suite de l'atelier de l'IFRR (octobre 2017). Cela a conduit à l'élaboration des Lignes directrices opérationnelles pour la programmation de l'IFRR,³ approuvées par les quatre partenaires des clusters. Étant donné que l'ensemble des mesures de l'IFRR devait être remis en priorité aux communautés les plus vulnérables vivant dans les 107 districts, les acteurs opérant dans chaque district devaient identifier surtout les personnes les plus démunies. Il a également été convenu que les établissements de santé seraient une plateforme de prestation pour l'ensemble des mesures d'établissement de santé. Le processus de déploiement de l'IFRR est décrit à la [figure 4](#).

Au cours de l'année 2017-2018, des ateliers ont été organisés dans les principaux sites avec des groupes infranationaux, à savoir Hodeidah, Ibb et Aden. Une ONG responsable de l'IFRR et un homologue du bureau gouvernemental (responsable du bureau de santé de district/bureau de la santé de province ou du MoPIC) ont été identifiés pour chacun des 107 districts prioritaires qui ont supervisé la mise en œuvre de l'IFRR au niveau du district. La première étape a été de sélectionner les endroits les plus vulnérables (villages) dans les districts. Cette sélection a été basée sur une analyse des données disponibles (par exemple, les zones présentant une morbidité et une mortalité accrues, des taux élevés d'insécurité alimentaire sévère, les prévalences de malnutrition et le nombre de cas les plus élevés) ainsi que sur des consultations avec des experts et toutes les parties prenantes travaillant dans le district.

⁴ Disponible avec le lien: <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/yemen/document/operational-guidance-yemen-integrated-famine-risk-reduction-programming>

Figure 4.

Processus de déploiement de l'IFRR



Les acteurs au niveau des districts ont dû identifier plus précisément dans quelle zone desservie des établissements de santé vivent⁵ les populations les plus vulnérables. Il a été convenu que l'ensemble des mesures de l'IFRR devrait être fourni par les centres de soins de santé primaires et les unités de soins de santé primaires opérationnels, y compris tous les acteurs opérant dans leur zone desservie (voir *figure 5* - Zone desservie des établissements de santé et stratégie de prestations de l'IFRR). Les hôpitaux de district n'ont pas été privilégiés car ils couvrent généralement l'ensemble du district.

En outre, les partenaires ont convenu d'appliquer des critères de sélection des bénéficiaires sectoriels (décrits dans l'*encadré 2* ci-dessous). Le ciblage WASH était basé sur les indicateurs du CSAA, de la nutrition et de la santé.

Encadré 1.
Outils de suivi de l'IFRR
(Lignes directrices
opérationnelles pour la
programmation de l'IFRR,
juillet 2018)



Il existe différents niveaux de suivi et d'évaluation tout au long de la mise en œuvre de l'IFRR. Ceux-ci sont nécessaires pour s'assurer que l'IFRR est mise en œuvre conformément au plan et que des mesures correctives sont prises si nécessaire. Toutefois, il a été décidé de **garder le compte rendu simplifié** et dans le cadre des pratiques actuelles. L'ambition était de surveiller la valeur ajoutée de l'approche de l'IFRR au niveau des établissements de santé à l'aide de la matrice **de planification IFRR et du plan de travail IFRR**, qui comprenait des indicateurs et des objectifs convenus par les partenaires opérant dans la zone desservie des établissements de santé. Le plan de travail a dû être partagé avec les responsables de la santé du district, puis avec les centres infranationaux afin de contrôler la mise en œuvre. Il a été prévu, dans la mesure du possible, de procéder à des évaluations avant et après le programme afin de mesurer l'impact de l'IFRR. Des visites conjointes sur le terrain pour identifier les lacunes et les défis font également partie du plan de suivi.

Encadré 2.
Critères de sélection des
bénéficiaires initiaux (Lignes
directrices opérationnelles pour
la programmation de l'IFRR,
juillet 2018)



- La vulnérabilité du Cluster nutrition et les critères de ciblage (tous les enfants de moins de 5 ans, y compris ceux souffrant de malnutrition aiguë sévère ou modérée, toutes les femmes enceintes et allaitantes, y compris celles souffrant de malnutrition).
- Les ménages en grave insécurité alimentaire selon les critères de vulnérabilité et de ciblage du CSAA.
- Les ménages répondant à d'autres critères de vulnérabilité tels qu'identifiés par les communautés.
- Vulnérabilité du Cluster santé et critères de ciblage (ensemble de la population de la zone desservie en fonction du niveau de l'établissement choisi).
- Critères de vulnérabilité et de ciblage du Cluster WASH : selon les critères du CSAA et des Clusters nutrition.

Les responsables ont ensuite lancé l'IFRR dans les établissements sélectionnés et mené des réunions de suivi pour suivre les progrès réalisés. Un exercice de cartographie des lacunes a également été mené afin de recenser les établissements de santé qui fonctionnent mal et qui ne fournissent pas les services constituant l'ensemble minimal du standard de l'IFRR.

⁵ Les zones desservies des établissements de santé varient de 5 000 à 20 000 pour les centres de soins de santé

⁶ Comme convenu entre les quatre clusters, l'établissement de santé fonctionnel est l'endroit où le Cluster Santé a un partenaire, de préférence aux ONG, sinon - l'UNICEF ou l'OMS primaires et de 10 000 à 5 000 pour les unités de soins de santé primaires.

04.5 Activités de coordination

La mise en œuvre de l'ensemble de mesures de l'IFRR a été coordonnée à deux niveaux - national et infranational. Les coordonnateurs au niveau infranational étaient chargés de la mise en œuvre de l'IFRR dans les districts avec la participation des partenaires de premier plan des districts de l'IFRR. Au niveau national, les quatre coordonnateurs des clusters de pays ont organisé des réunions mensuelles pour coordonner la promotion et le suivi de la mise en œuvre de l'IFRR sur la base des informations transmises par le niveau infranational. Les quatre clusters ont également maintenu le lien avec l'ICCM/OCHA et l'équipe de pays pour l'action humanitaire (HCT), en veillant à ce que l'IFRR soit prise en compte dans le cycle de réponse humanitaire du pays.

04.6 Affiner et recentrer la stratégie en 2019

La stratégie initiale de l'IFRR a été conçue de façon holistique, en fonction des ressources disponibles. Comme indiqué ci-dessus, son intention première était de renforcer les programmes sectoriels existants afin de réduire le risque de famine au Yémen. Les parties prenantes ont estimé qu'ils pouvaient y parvenir en améliorant leur convergence géographique et en fournissant un ensemble minimum standard de services de sécurité alimentaire, WASH, santé et nutrition.

Au début de 2019, après une année de mise en œuvre, les partenaires se sont réunis pour examiner de manière critique les réalisations, les forces, les bonnes pratiques, les faiblesses et les défis de l'IFRR et ajuster la stratégie selon les besoins. L'un des résultats de cette révision a été de recentrer la stratégie de l'IFRR en l'actualisant sur les cinq principes suivants :

-
- 1 Identifier les personnes les plus démunies ;
 - 2 Améliorer les conditions de vie de la communauté grâce à une concentration d'interventions ;
 - 3 Développer les interventions en espèces et les activités de stimulation du marché ;
 - 4 Opérationnalisation de l'accès humanitaire ;
 - 5 Garantir des alertes en temps utile.

En conséquence, la stratégie de l'IFRR a été révisée et, à la fin de 2019, les changements suivants ont été proposés (voir également la section *principaux défis et leçons tirés* pour plus de détails) :

- Convergence géographique dans 45 districts où les concentrations élevées de personnes souffrent de la « famine » (phase 5 de l'IPC). Dans les 45 districts ciblés, les zones présentant un risque élevé de choléra et accueillant de nombreuses personnes déplacées ont également été considérées comme prioritaires.
- L'ensemble minimal des mesures a également été révisé, avec l'ajout d'interventions en espèces pour aider à stimuler les marchés et ainsi améliorer les conditions de vie des communautés. Des activités éducatives ont également été ajoutées à l'ensemble des mesures, les écoles étant des plateformes⁷ potentielles de mise en œuvre de l'IFRR (détails dans la *figure 5*).
- Afin de réagir plus efficacement à une situation qui évolue rapidement, des améliorations ont été apportées à l'échange d'informations entre les clusters et au suivi de l'IFRR (par exemple, l'IFRR était un point permanent de l'ordre du jour de l'ICCG et OCHA a nommé un responsable de la gestion de l'information de l'IFRR).
- Un processus affiné de sélection des bénéficiaires a été mis en place par le biais de comités d'aide alimentaire au niveau des sous-districts (SUFAC).⁸
- Accord sur la nécessité de plaider en faveur d'un coordonnateur IFRR et d'une équipe mobile dédiés ainsi que sur les termes de référence des responsables IFRR au niveau des districts.

⁷ Les enseignants sont des figures respectées et influentes dans les communautés yéménites, tandis que les enfants d'âge scolaire peuvent être des vecteurs efficaces de messages ciblant les ménages.

⁸ Une collaboration entre les comités d'aide alimentaire au niveau des sous-districts, le CSAA et les autorités contribue à identifier les ménages vulnérables et leur accès à l'aide alimentaire.

Figure 5.

Ensemble minimum de mesures IFRR révisées, 2019



04.7 Assurer un soutien financier à l'IFRR

Les activités conjointes de plaidoyer et de collecte de fonds ont permis d'obtenir le soutien des donateurs et de HCT. Un fonds commun de 56 millions de dollars a été alloué à la mise en œuvre de la stratégie de l'IFRR, tandis qu'un financement supplémentaire des partenaires a couvert les coûts d'un coordonnateur IFRR dédié et d'une équipe mobile. Initialement soutenu par les opérations européennes de protection civile et d'aide humanitaire, l'IFRR est maintenant également approuvé par l'USAID, le DFID, et les ambassades des Pays-Bas et d'Allemagne.



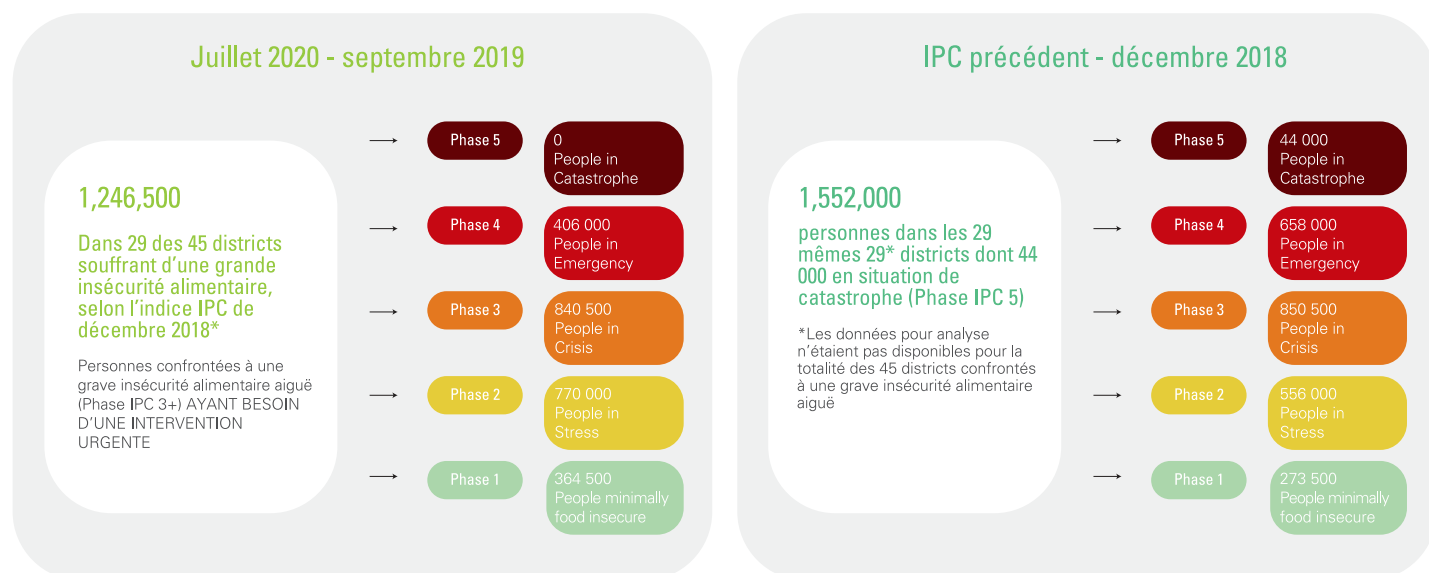
05 Résultats



À la fin de la période de mise en œuvre de 2018, il était difficile d'attribuer directement un impact sur la situation de la famine à l'approche de l'IFRR. La philosophie de l'IFRR était d'aligner les efforts de coordination des programmes sectoriels existants pour prévenir la famine et l'approche « légère » de suivi adoptée dès le départ visait à surveiller le processus de l'IFRR plutôt que de mesurer l'impact ou les résultats. Bien que les lignes directrices opérationnelles de l'IFRR aient proposé une méthodologie pour les évaluations de base et de fin de projet à effectuer dans les 27 districts pilotes, celles-ci n'ont pas été mises en œuvre par les partenaires pour de nombreuses raisons, notamment : l'accès, la capacité technique et les fonds (voir la *section Principaux défis ci-dessous*). En outre, les clusters avaient une capacité limitée de suivi et de contrôle officiel dans les zones pilotes. Bien que non attribuable, il est intéressant de noter que l'analyse de l'IPC couvrant la période de juillet 2019 à septembre 2019 dans 29 des 45 districts les plus touchés par l'insécurité alimentaire a détecté des améliorations par rapport à l'analyse de décembre 2018. (voir *figure 6*)

Figure 6.

Tableau récapitulatif de l'analyse de l'IPC de juillet à septembre 2019 (Source de l'IPC : Analyse des points sensibles au Yémen : une grave insécurité alimentaire aiguë persiste dans 29 districts du Yémen, publiée en juillet 2019).

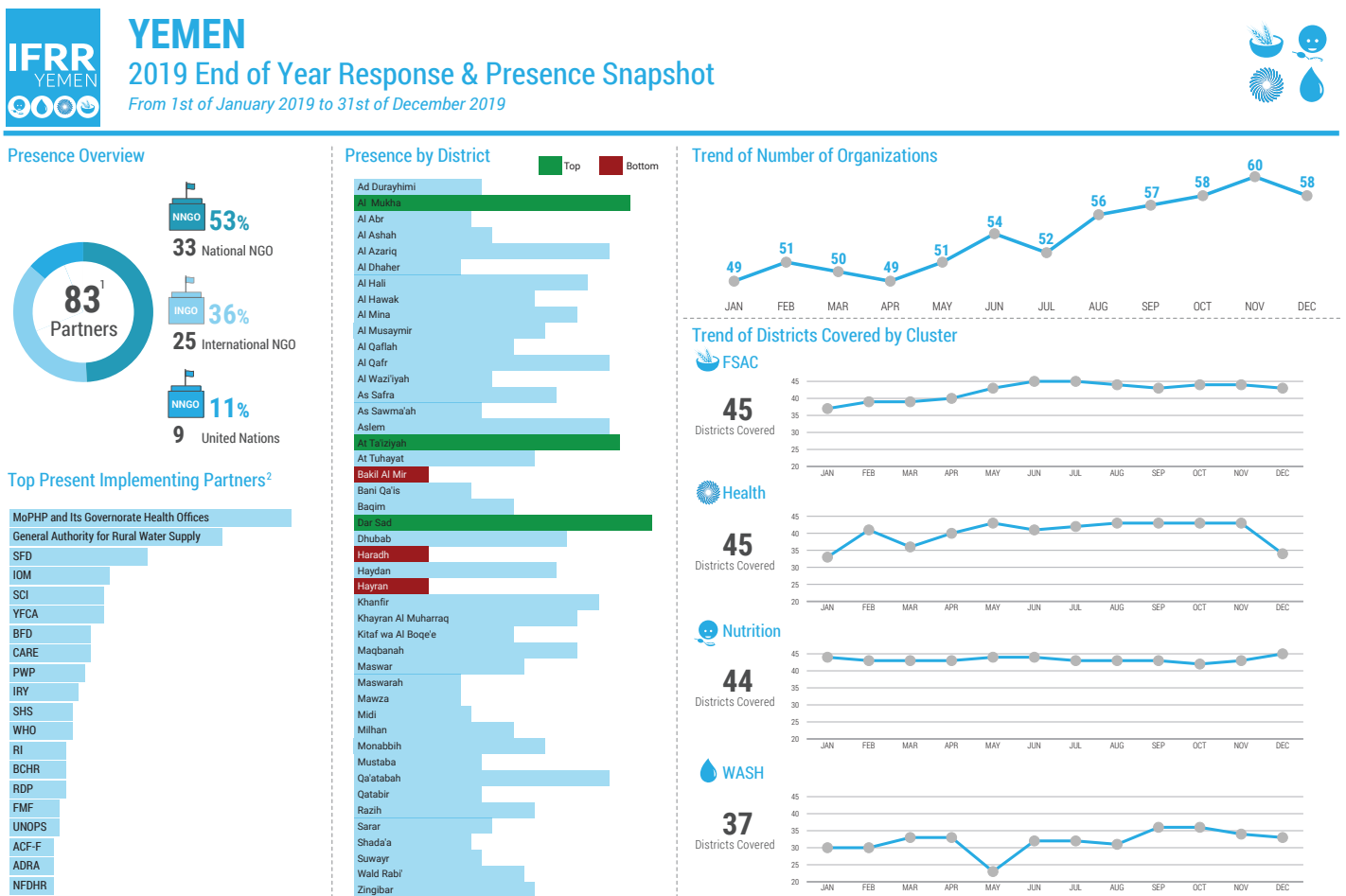


Étant donné le manque de preuves démontrant l'impact de la stratégie de l'IFRR pour prévenir la famine, lors de l'examen annuel de l'IFRR, les partenaires ont reconnu la nécessité de renforcer le suivi pour aider à améliorer continuellement la stratégie et maintenir le soutien à sa mise en œuvre.

En 2019, un cadre de suivi amélioré a permis aux partenaires d'obtenir une meilleure visibilité de la couverture et des lacunes de l'IFRR, en plus des indicateurs sectoriels habituels (voir *figure 7*).

Figure 7.

Aperçu de la présence de l'IFRR (Source : IFRR Yémen 2019 - Aperçu de la réponse et de la présence en fin d'année).



1: Of which only 64 are involved in IFRR activities.

2: Based on Number of districts covered and showing only partners implementing any IFRR activity.

06 Principaux défis et leçons apprises



Si de nombreux défis ont été anticipés au cours de la phase de conception de l'IFRR⁷, un certain nombre de nouveaux défis ont également apparu, avec des implications pour la réussite et les échecs de l'IFRR .

- **La stratégie initiale de l'IFRR 2018 a été perçue comme une nouvelle approche** plutôt que de s'appuyer sur la programmation sectorielle existante. Par conséquent, les autorités nationales exigeaient des partenaires qu'ils demandent de nouvelles autorisations pour opérer dans le cadre de l'IFRR. Les partenaires ont dû reconditionner leurs activités et leurs projets ont été retardés. Pour la première année, certains partenaires s'attendaient à des financements supplémentaires, tandis que l'IFRR initiale prévoyait d'optimiser le financement existant par une meilleure convergence.
- **Un renforcement de la coordination et de la mise en œuvre au niveau infranational et au niveau des districts était nécessaire.** Les partenaires pour la mise en œuvre ont été identifiés et ont d'abord tenu des réunions d'orientation sur l'IFRR. Cela ne suffisait pas et, comme ils l'ont reconnu, il était nécessaire de mettre en place et de déployer un programme de formation IFRR pour assurer une mise en œuvre adéquate sur le terrain, une capacité technique IFRR ainsi qu'un suivi et une supervision.
- **Les résultats, l'impact ou les effets non anticipés des premières années de mise en œuvre n'étaient pas attribuables à l'IFRR.** La stratégie de l'IFRR n'a pas permis d'établir le cadre de suivi et de rapport prévu dans les lignes directrices opérationnelles de l'IFRR pour de nombreuses raisons, parmi lesquelles la faible capacité technique des partenaires sur le terrain et les coûts supplémentaires des évaluations de base et de fin de parcours dans les 27 districts pilotes.
- **Une présence inégale de tous les clusters dans les zones ciblées par l'IFRR.** Les différences de continuité de financement et de calendrier des projets ont compromis la couverture de l'IFRR et les effets attendus. Il a été difficile et laborieux pour les partenaires de recentrer, d'adapter et d'ajuster leurs projets à l'ensemble des mesures de l'IFRR.
- **Investir le temps des coordonnateurs de clusters et des partenaires dans l'IFRR plutôt que dans d'autres priorités sectorielles.**
- **La couverture de l'IFRR est restée inégale en raison de l'instabilité de l'accès et de l'insécurité.**

⁹ Il s'agit notamment de la nécessité d'améliorer la collaboration avec les autorités locales et les ministères concernés, d'éviter les chevauchements, de revoir les critères de ciblage, de renforcer les capacités et la couverture des réseaux de volontaires de santé communautaire afin de fournir les services au niveau de la communauté à partir de l'ensemble de mesures. En outre, la capacité du personnel des établissements de santé et l'état de fonctionnement des établissements de santé, traitant des aspects techniques (par exemple, les sources d'approvisionnement en eau), la coordination difficile au niveau du district, les différents mécanismes de prestation employés par les différents acteurs, devaient être difficiles à aborder.

Ainsi que nous l'avons évoqué dans la section ci-dessus *Affiner et recentrer la stratégie en 2019*, pour relever certains des défis et tirer les leçons de 2018, les partenaires de l'IFRR ont mis au point une série de solutions et de produits au cours de l'année 2019. Il s'agissait notamment de :

- **Nouvelle cartographie des priorités** : 45 districts, principalement dans les provinces d'Al Hodeidah, Hajjah et Taizz, ont été ciblés en utilisant les bases suivantes:
 - o Les concentrations élevées de personnes souffrant de la « famine » (phase 5 de l'IPC) ;
 - o La détérioration potentiellement rapide de la situation humanitaire ;
 - o Les lieux où il est nécessaire de concentrer les efforts pour atteindre efficacement les plus vulnérables.
- **Ciblage ajusté des ménages vulnérables (par opposition au ciblage basé sur les établissements de santé en 2018)** : Le nouveau ciblage des bénéficiaires a été basé sur le partage d'informations et de données essentielles pour l'intensification rapide des réponses. Cela sera complété par un exercice de vérification des ménages bénéficiaires potentiellement exclus ou marginalisés qui sera entrepris conjointement par les autorités et les Comités d'assistance alimentaire au niveau des sous-districts (SUFAC).
- **Une équipe de l'IFRR dédiée** : Grâce aux coordonnateurs de clusters de travail, qui ont continuellement plaidé et rencontré divers donateurs et ont soutenu l'approche de l'IFRR en interne, le financement d'un coordonnateur IFRR dédié et d'une équipe d'experts mobiles de l'IFRR a été effectif à la fin de 2019. Deux experts ont été recrutés avec le soutien d'une ONG partenaire. Un gestionnaire de l'information a également été recruté avec le soutien de l'IMMAP.
- **Révision de l'ensemble des mesures de l'IFRR** afin de mieux l'aligner sur les capacités et les services des partenaires, en raison des difficultés liées à la mise en œuvre de l'ensemble des mesures initialement établies. De nombreux services ont été difficiles à mettre en œuvre en raison de la faiblesse des capacités financières et techniques des partenaires. Le Cluster éducation a rejoint l'IFRR avec un ensemble de services minimums dans les écoles, les communautés à risque et les ménages, mais cet engagement a été difficile à maintenir au cours de l'année 2019.
- **Un cadre conjoint d'évaluation, de suivi et de rapport** : Bien que les lignes directrices opérationnelles de l'IFRR aient fourni des outils de suivi et des orientations, un cadre de suivi inter-clusters convenu d'un commun accord était nécessaire pour évaluer et rendre compte des progrès et de l'impact de l'IFRR. Un cadre de suivi des besoins et de l'impact basé sur les processus de suivi et de rapport sectoriels existants a été adopté (*voir figure 8*). Les experts mobiles de l'IFRR et l'organisme responsable au niveau du district ont été chargés de fonctions de suivi, d'évaluation et de responsabilité. Parallèlement, le chef de file de la gestion de l'information à l'OCHA est chargé de recevoir et d'analyser les données sectorielles et d'intégrer ces informations dans le suivi de l'IFRR.

Figure 8.

Cadre de suivi des besoins et de l'impact de l'IFRR, 2019

Évaluation et conception de projet

- 1 Évaluation conjointe des partenaires à l'aide de l'outil d'évaluation de l'IFRR
- 2 Analyse conjointe: identifier les facteurs de causalité contribuant aux risques de famine et à la vulnérabilité (facteurs sanitaires, socio-économiques, géographiques et environnementaux, cartographie des sources d'eau, acceptation par la communauté)
- 3 Développement de projets intégrés – assurer le ciblage commun au niveau des établissements de santé

Suivi et évaluation

- 1 Suivi sectoriel et indicateurs liés à l'IPC
- 2 Suivi bi-hebdomadaire de la situation (Nutrition et santé)
- 3 Rapport mensuel (4 semaines) sur 9 résultats (base de référence) à suivre sur une base trimestrielle (outil conjoint)
- 4 Rapport trimestriel à l'ICCM-HCT sur les indicateurs d'impact et de résultat et évaluation de l'impact à la fin
- 5 L'équipe IFRR mobile suit et signale la mise en œuvre, fournit un soutien technique et intervient en cas de problème

Responsabilité

- 1 L'organisme chef de file du district consolide les rapports, le suivi et le retour d'information aux groupes et à l'ICCM.
- 2 Rapport trimestriel de l'ICCM à HCT sur les progrès réalisés (Consolidation du Cluster nutrition)
- 3 Commentaires des bénéficiaires dans les rapports trimestriels

- **Accord sur les termes de référence du partenaire chef de file du district de l'IFRR :** Les partenaires et les coordonnateurs des clusters ont convenu que la coordination était l'un des principaux défis à relever pour la mise en œuvre de l'IFRR en 2018. Des lacunes en matière de coordination ont été constatées au niveau national, au niveau des centres et sur le terrain. Par exemple, le manque de réunions mensuelles de coordination entre les partenaires de mise en œuvre au niveau du district, la mauvaise coordination entre les partenaires pour la mise en œuvre de l'ensemble de mesures minimum, le manque de sensibilisation à l'IFRR parmi les partenaires, le manque de mises à jour sur la mise en œuvre de l'ensemble de mesures minimum sur le terrain. Pour relever ces défis, les partenaires et les coordonnateurs de clusters ont convenu d'affiner davantage les rôles et les responsabilités du partenaire chef de file. L'objectif principal d'avoir un partenaire chef de file au niveau des districts est de a) veiller à ce que la coordination au niveau du terrain soit renforcée ; b) que la mise en œuvre de l'IFRR soit harmonisée et qu'il existe une compréhension conjointe entre tous les principaux intervenants au niveau des districts ; c) que l'évolution des situations, des résultats et des réalisations de l'IFRR soient suivis et partagés avec les coordonnateurs des clusters au niveau national.
- **Les partenaires de l'IFRR ont bénéficié d'un soutien accru de la part d'OCHA,** par l'intermédiaire du groupe de travail sur l'accès humanitaire, pour traiter les questions clés d'accès (par exemple, le partage des listes de bénéficiaires, l'accès physique (insécurité), les obstacles imposés par les autorités) et améliorer encore la couverture de l'IFRR. Toutefois, en 2019, plus de la moitié des 45 districts visés par l'IFRR étaient inaccessibles. Ceci a constitué un argument supplémentaire utilisé pour plaider auprès du gouvernement et des donateurs en faveur d'un meilleur accès.

07 Meilleures pratiques



Le principal succès de l'IFRR a été l'amélioration de l'effort de convergence inter-clusters lui-même. Vous trouverez ci-dessous une liste de nombreuses bonnes pratiques qui ont permis de soutenir l'initiative IFRR et d'accroître la capacité des partenaires à collaborer efficacement :

- Faire participer dès le départ l'OCHA et le personnel technique clé de tous les organismes chefs de file de clusters.
- Coordination régulière, communication et partage de l'information.
- La capacité des partenaires d'être flexibles, innovants, capables de s'adapter (par exemple, la stratégie de l'IFRR révisée) et de trouver des solutions était un atout.
- La simplification des messages IFRR et de la stratégie (y compris l'ensemble de mesures) a favorisé l'adhésion.
- Efforts conjoints de plaidoyer et de collecte de fonds pour obtenir le soutien des donateurs.



08 Transférabilité et évolutivité



L'approche IFRR au Yémen est fondée sur l'idée que lorsque des partenaires égaux comprennent et fournissent des services pour prévenir la famine de manière interdisciplinaire, la qualité de vie des populations peut être améliorée et maintenue grâce à des efforts organisés et des choix éclairés de la société, des organisations, publiques et privées, des communautés et des individus. En tant que telle, la stratégie de l'IFRR a fini par être une approche holistique transférable et applicable à différents contextes, quels qu'ils soient : situation d'urgence, de transition ou de développement.

L'exploration continue des liens intersectoriels et de la manière dont la réponse d'un secteur peut tirer parti des résultats obtenus dans d'autres secteurs est au cœur de la réussite des pratiques et des partenariats intersectoriels, et donc bénéfique pour les populations vulnérables, y compris celles qui souffrent de crises complexes et à plusieurs niveaux.



Yemen, 2015
© UNICEF/UN018343/Jubran

09 Prochaines étapes



1
Amélioration de la responsabilité
et du suivi des organismes responsables de l'IFRR au niveau des districts.

2
Élaborer des études de cas locales
et mieux explorer leur impact.

3
Réviser les lignes directrices opérationnelles de l'IFRR
à partir de la nouvelle approche de sélection des bénéficiaires, de l'ensemble simplifié et des besoins renforcés et du cadre de suivi.

4
La reconnaissance de la capacité des partenaires
et la nécessité de poursuivre les travaux sur les formations et le renforcement des capacités, en mettant l'accent sur le renforcement de la capacité des partenaires à réaliser des évaluations de base et de fin de parcours.

5
Le financement des activités
fortement sous-financées, tout en veillant à ce que le financement du personnel spécialisé soit maintenu pour garantir un soutien approprié sur le terrain, ainsi qu'un soutien et un suivi analytiques et stratégiques adéquats.



Yemen, 2016
© UNICEF/UN057324/Kamal

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 N° 720FDA19IO00048. 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.

Photo de couverture:
Yemen, 2020
© UNICEF/UNI337473

Quatrième de couverture :
Yemen, 2020
© UNICEF/UNI337484/

