



ROYAUME DE BELGIQUE
Service public fédéral
Affaires étrangères,
Commerce extérieur et
Coopération au Développement

Direction générale de la Coopération au Développement – DGD

Service D5.1 – Aide Humanitaire

FORMULAIRE UNIQUE POUR LE FINANCEMENT D'UNE ACTION HUMANITAIRE 1

MAX 30 PAGES

(Base légale: Loi du 9/01/2014 modifiant la Loi du 19/03/2013 relative à la Coopération au Développement - Arrêté Royal du 19/04/2014, Budget général des dépenses, allocation de base 14 54 52 35.60.83).

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

1.1 Nom de l'Organisation humanitaire/(date de l'agrément par le Ministre de la Coopération au développement – si requis):

Médecins du Monde Belgique (MdM-BE)

1.2 Titre de l'action:

Renforcement des mécanismes de protection et d'accès aux soins de santé et droits sexuels et reproductifs, pour les populations en situation de vulnérabilité dans la région de Kita au Mali, ainsi qu'à Tahoua au Niger et Sud Kivu en RDC.

1.3 Zone d'intervention (pays, région, localités):

Mali : région de Kita, communes de Badia, Bendougouba, Bougaribaya, Benkadi Founia, Boudofo, Djidian, Kassaro, Kita, Kita nord, Kita Ouest, Kobri, Kokofata, Kotouba, Kourounikoto, Madina, Makono, Namala Guimbala, Niantasso, Saboula, Sébékoro, Senko, Sirakoro, Souransan Tomoto, Tambaga et Toukoto .

Niger : région de Tahoua, districts de Konni, Bagaroua et Madaoua

RDC : Province du Sud-Kivu, Territoire d'Uvira, Zone de santé de Lemera

1.4 Date de démarrage de l'action: 1/Novembre/2023

1.5 Durée de l'action en mois (cf. Art. 17, §2): 24 Mois

1.6 Date de début d'éligibilité des dépenses:

Date de signature de l'Arrêté Ministériel d'octroi.

1.7 Proposition et rapports (Concernant les délais spécifiques, cf. AR du 19/04/2014):

Proposition initiale date: 30/08/2022

1 Les spécifications utilisées dans ce formulaire ont été en grande partie reprises sur base du "Formulaire Unique" en usage, pour le même type d'actions, à la Commission Européenne (ECHO).
Pour une bonne compréhension de celles-ci, se référer aux lignes directrices édictées par ECHO:
Les points précis se rapportant à la législation belge (Arrêté Royal du 19/04/2014) sont indiqués et soulignés dans le texte, à la suite du point spécifique concerné.

Au stade de la proposition, complétez les paragraphes numérotés, sauf ceux qui commencent avec [INT] (à remplir au stade du rapport intermédiaire) ou [FIN] (à remplir au stade du rapport final). Au stade des rapports intermédiaire et final, ne modifiez (biffez) que les données principales dans les paragraphes numérotés.

Proposition révisée n°.	<input type="checkbox"/>	date: jj-mm-aa
Date de l'Arrêté Ministériel d'octroi		date: jj-mm-aa
Date Acte Unilatéral		date: jj-mm-aa
Date lettre d'acceptation		date: jj-mm-aa
Rapport intermédiaire	<input type="checkbox"/>	date: jj-mm-aa
Rapport final	<input type="checkbox"/>	date: jj-mm-aa

2. ÉVALUATION DES BESOINS

2.1 *Date(s) d'évaluation ; méthodologie et sources d'information utilisées; organisation/personne(s) responsable(s) de l'évaluation*

Mali :

Une évaluation rapide des besoins en santé et protection a eu lieu du 6 au 10 juin 2023 à Kita, en collaboration entre MdM-BE et Plan international Mali (PIM), visant à identifier les besoins prioritaires des populations de la région. L'évaluation a été menée par 20 enquêteurs supervisés par les responsables de suivi et évaluation des deux organisations. La méthodologie impliquait l'analyse de rapports de clusters et de sources secondaires, des entretiens avec des informateurs clés, des discussions de groupe et des visites sur le terrain pour comprendre les défis en santé et protection.

Un atelier de capitalisation des expériences s'est tenu à Kita du 30 mai au 1er juin 2023, évaluant l'approche opérationnelle du projet DGD humanitaire précédent, axé sur l'empowerment et l'accès aux services de protection et de soins de santé pour les personnes vulnérables et les survivant.e.s de VBG. L'atelier participatif a identifié de nouveaux besoins en impliquant diverses parties prenantes telles que pairs éducateurs, autorités locales et ONG. L'évaluation des besoins a été complétée par une enquête CAP sur les barrières à l'accès aux droits en santé sexuelle et reproductive, menée en février 2023 par MdM-BE, couvrant 37 villages (422 ménages) dans le district de Kita. Cette enquête quantitative a cerné les obstacles aux soins SSR et a utilisé une méthodologie validée par le comité éthique du Mali.

Niger :

Trois missions d'exploration ont été menées pour évaluer les besoins :

Du 11 au 16 mai 2023, MdM-BE a évalué les besoins dans les districts sanitaires de Bagaroua et Konni à Tahoua.

Du 06 au 11 juillet 2023, MdM BE, SongES et Intersos ont conjointement évalué les besoins multisectoriels des populations déplacées à Tahoua.

Du 22 au 24 août 2023, une mission exploratoire de MdM-BE a évalué les besoins dans le district de Madaoua.

La méthodologie a impliqué la création de supports, la formation des équipes de collecte, l'administration des outils (analyses documentaires, entretiens, DHIS2), la saisie, compilation et analyse des données, ainsi que l'utilisation de données.

Les participants incluaient des équipes de projet, des services techniques, des collectivités, des leaders et acteurs communautaires, et des bénéficiaires (femmes, PDI, adolescent.e.s, professionnels de sexe).

Des réunions de coordination avec Plan International Belgique et Vétérinaires Sans Frontières Belgique ont eu lieu pour identifier des synergies et complémentarités d'action à Tahoua en mai et juin 2023.

RDC :

Après les récents incidents de nombreuses personnes se sont déplacées vers les localités de la ZS de Lemera. Le 29/05/2023, MdM-BE et VSF Be ont mené une évaluation rapide des besoins dans la ZS, visant à mettre à jour les données démographiques et les mouvements de population, établir une cartographie des acteurs intervenant dans les Aires de Santé (AS), collecter des informations sur l'accessibilité et les incidents sécuritaires, évaluer les besoins en soins de santé des populations d'accueil et déplacées, et évaluer les capacités des formations sanitaires.

La méthodologie incluait des entretiens avec des acteurs clés, l'utilisation de l'outil "Kobo collect" pour l'évaluation des centres de santé, des observations directes, des entretiens semi-structurés et l'utilisation de sources de données quantitatives telles que DHIS2, les données du BCZ et des rapports d'évaluation multisectorielle de catastrophes.

La situation humanitaire reste complexe et exigeante dans la région, nécessitant une évaluation approfondie des besoins pour fournir une réponse adéquate.

2.2 Exposé du problème et analyse des parties prenantes

Mali :

Le programme prévu est la continuation de la première phase démarrée en novembre 2021, visant à répondre aux besoins de protection et de santé des populations vulnérables du sud-ouest du Mali. MdM-BE soutien le système sanitaire malien depuis plus de vingt ans, principalement dans le nord du pays. Le bureau de Kita a été ouvert en novembre 2021 avec le soutien de la DGD. La situation humanitaire au Mali reste préoccupante malgré les efforts des partenaires, en raison de la crise multidimensionnelle persistante touchant principalement le Nord, le Centre et l'Ouest du pays, avec une extension progressive vers les régions Sud. L'évaluation OCHA au début de 2023 a montré que 8,8 millions de personnes étaient dans le besoin au Mali, dont 96 000 en besoin de protection, principalement des femmes (62 %), des enfants (31 %) et des personnes handicapées (15 %). La région de Kita, bien que située à l'ouest, présente également des besoins croissants, y compris pour les populations vulnérables, telles que les déplacés esclaves par ascendance, les PDI et les réfugiés. Les besoins en santé sexuelle et reproductive (SDSR) et la protection contre les violences basées sur le genre (VBG) restent élevés au Mali, avec des taux de VBG d'environ 32 % chez les femmes. La région de Kita est confrontée à des problèmes d'accès aux services de SDSR, à la protection contre les VBG et à l'assistance psychologique. L'enquête CAP de février 2023 a montré que seulement 36 % des femmes mariées utilisent des méthodes contraceptives modernes. L'offre de soins de santé est insuffisante, en particulier pour les PDI, les réfugiés et la population d'accueil. Les barrières financières et géographiques entravent l'accès. Les inégalités et les risques de VBG persistent, en particulier envers les femmes et les adolescentes vulnérables. Le GVBIMS a rapporté une augmentation des cas de VBG. La nécessité de répondre aux besoins en SDSR et à la protection contre les VBG est cruciale dans le contexte actuel de Kita, alignant les priorités avec le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023 du Mali.

Niger :

La région du Sahel connaît une situation sécuritaire persistante et tendue, provoquant une crise humanitaire, en particulier au Niger. Avec plus de 25 millions d'habitants, le Niger se dirige vers une crise humanitaire aiguë en raison de déplacements internes, d'insécurité alimentaire et de changement climatique. Classé 189e sur 191 selon l'Indice de Développement Humain 2022, le pays lutte contre la pauvreté et a un accès très limité aux soins de santé. Le taux de mortalité maternelle est de 509 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile est de 80 pour 1 000 naissances vivantes.

La crise préexistante touche déjà plus de 3,3 millions de personnes, avec 7,3 millions de personnes (environ 28% de la population) confrontées à une insécurité alimentaire modérée en août 2023. Le changement climatique aggrave la situation pour les plus vulnérables, favorisant la recrudescence de maladies. Le Niger est pris dans un cycle récurrent de crises humanitaires touchant les femmes, les enfants, les déplacés internes, les migrants et les réfugiés. Les événements politiques du 26 juillet ont des conséquences négatives sur la prise en charge médicale, les personnes en détresse psychologique et la lutte contre les VBG.

La situation économique et sociale affecte les femmes et les enfants, augmentant les inégalités de genre, les VBG et entravant l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive. Les tensions intercommunautaires risquent de compromettre la cohésion sociale dans des zones déjà sous pression.

RDC :

Le projet se déroule dans la ZS de Lemera, où différentes ONG nationales et internationales interviennent, avec lesquelles nous collaborerons. Notre approche vise à intégrer notre intervention humanitaire dans le système de santé local pour renforcer sa résilience. Les autorités sanitaires, notamment le ministère de la Santé représenté par le BCZ au niveau local et la DPS au niveau provincial, sont des partenaires clés. Nous cherchons à améliorer la prévention et le référencement des cas de VBG vers les FOSA, ainsi qu'à faciliter l'accès aux soins primaires et secondaires pour les PDI. Une stratégie de gratuité ciblée et la contribution à un "fonds d'équité" seront mises en place. Nous renforcerons également le circuit de référencement entre les FOSA et l'HGR de Lemera. Avec 213 655 habitants et 25 AS, la ZS de Lemera dispose de 23 structures primaires, 2 CH et 1 HGR. La communauté sera impliquée dans la planification et le suivi. Une approche intégrée pour la prise en charge et la prévention des VBG sera promue, en redynamisant les CODESA des 5 AS ciblées. Malgré la présence d'acteurs humanitaires, des besoins subsistent et des défis de coordination demeurent.

2.3 Veuillez résumer les résultats de l'évaluation (le cas échéant, annexer un rapport complet) en établissant un lien avec l'action

Les trois rapports d'évaluations des besoins sont annexés pour compléter.

Mali :

La mission d'évaluation des besoins, menée par PLAN International Mali et Médecins du Monde en juin 2023, a impliqué activement les groupes cibles. L'analyse indique que la région Kita est en situation d'urgence, avec des organisations humanitaires limitées dans leur capacité à répondre aux besoins communautaires. Les discussions avec les femmes ont révélé un sentiment de frustration et d'impuissance face aux mariages forcés de leurs filles, surtout celles qui étaient scolarisées. L'évaluation a analysé la protection et les services de santé liés aux violences faites aux femmes et aux enfants. Les défis économiques et l'insécurité alimentaire poussent les familles à adopter des stratégies préjudiciables aux enfants, notamment le travail des enfants. Les services de santé disponibles ne répondent pas adéquatement aux besoins de la communauté en raison de leur qualité insuffisante et du manque de personnel qualifié, ce qui impacte l'utilisation des services de santé sexuelle, reproductive et infantile.

Niger :

La crise multidimensionnelle au Sahel, y compris au Niger, se caractérise par une situation politique complexe et marquée par des attaques armées et des conflits intercommunautaires. Les déplacements massifs de populations en quête de sécurité ont entraîné des conditions de vie précaires pour les personnes déplacées internes (PDI) dans les sites de déplacés. En préparation du DGD Humanitaire 2024, MdM-BE a mené une évaluation multisectorielle impliquant 284 ménages de PDI et de communautés hôtes pour identifier les besoins prioritaires. L'évaluation a permis de déterminer les besoins en matière de santé, de protection (liée aux droits en matière de SSR et aux VBG), d'accès à l'eau, d'hygiène et d'assainissement, ainsi que de santé mentale et de soutien psychosocial, de RRM et de genre. Dans un contexte d'islamisme radical persistant, la priorité est d'abord donnée aux aspects médicaux vitaux pour gagner l'acceptation des populations locales. Étant donné les attaques et les déplacements fréquents, la santé mentale et le soutien psychosocial sont des besoins majeurs non comblés. La méthodologie envisagée repose sur une veille et un soutien psychosocial par les pairs ou la communauté, en raison de l'acceptation limitée et de l'accès restreint aux soins spécialisés en santé mentale. Des partenariats locaux, notamment avec l'ONG locale SongEs, seront maintenus.

RDC :

La ZS de Lemera est classée en "priorité 2" par OCHA en raison des déplacements massifs de PDI en provenance des régions d'Uvira-Fizi-Mwenga vers des zones plus sûres, dont Lemera. Le recensement de début 2023 par le BCZ a révélé 26 519 PDI dans les 5 AS ciblées. Cette forte présence de PDI met en pression les services sociaux et de santé fragiles. Le projet vise à améliorer l'accès aux soins de santé gratuits, à fournir une assistance aux survivantes de VBG et à renforcer la protection des vulnérables. La proposition est basée sur une analyse de mai 2023 dans la zone de santé de Lemera, visant à coordonner les efforts des acteurs humanitaires. Un cadre de concertation sera établi avec le soutien de MdM-BE, réunissant des acteurs de santé, le CODESA et le BCZ pour échanger sur les défis et identifier des solutions locales, permettant une réponse coordonnée en cas d'événements soudains.

Les axes d'intervention :

- i) Offrir une prise en charge holistique aux SVBG en s'appuyant sur un pool de 50 RECO formés pour orienter vers les services offerts dans les structures sanitaires.
- ii) Faciliter l'accès aux soins de santé grâce à la gratuité ciblée et aux cliniques mobiles pour apporter le PMA aux PDI et aux indigents où qu'ils se trouvent.

3. ORGANISATION HUMANITAIRE DANS LA ZONE D'INTERVENTION

3.1 Présence de l'Organisation humanitaire dans la zone d'intervention: bref aperçu de la stratégie et des activités actuelles ou récentes dans le pays

Mali :

Depuis 2002, MdM-BE opère dans les régions nord du Mali, avec des projets de soins de santé et de lutte contre le VIH à Kidal, Gao, et Ménaka. En 2021, financé par la DGD, un projet a été lancé à Kita, renforçant la santé et la protection. Malgré les succès, l'accent est mis sur le soutien aux acteurs communautaires, le

renforcement du système de santé, la coordination SDSR et VBG, et le plaidoyer à tous les niveaux pour engager les décideurs dans la promotion de la santé et la protection.

Niger :

MdM-BE opère au Niger depuis 2014, avec une présence accrue à Tahoua depuis 2021 via un projet en trois volets : Soigner, Témoigner et Changer. Cette approche renforce la résilience communautaire, favorise la coordination avec d'autres acteurs humanitaires, et inclut sensibilisation et plaidoyer pour l'application des directives internationales et nationales. Actuellement, MdM-BE exécute six projets dans Niamey, Agadez, Tillabéry et Tahoua, abordant des thèmes tels que la santé des migrants, la santé sexuelle et reproductive, la protection de l'enfance, et la résilience des populations vulnérables.

RDC :

Depuis les années 2000, MdM-BE opère en RDC, débutant principalement au Kasai et s'étendant après 2013 à Bukavu, avec une focalisation sur trois domaines clés. Le premier, axé sur la santé sexuelle et reproductive (SDSR), comprend l'accès accru aux SDSR à Moba et Kansimba, la réhabilitation des maternités, la prise en charge des victimes de violences sexuelles à Panzi, et des mesures préventives des violences basées sur le genre (VBG) via les « communautés protectrices ». Le deuxième répond aux crises et conflits par des interventions multisectorielles, en incluant les zones touchées par les conflits armés, les épidémies d'Ebola et les précautions anti-Covid-19. Le troisième renforce la prise en charge des enfants et jeunes en situation de rue à Kinshasa pour réduire les risques. Depuis mai 2022, MdM-BE a lancé une initiative « One Health » près du Parc national Kahuzi-Biega dans le cadre du programme de la DGD Développement (2021-2025). Actuellement, toutes les actions de MdM-BE se concentrent dans la Province du Sud-Kivu, sans spécificité pour la ZS de Lemera, et aucune autre demande de financement ne concerne cette zone d'intervention.

3.2 Actions en cours et demandes de financement introduites auprès d'autres donateurs), dans la même zone d'intervention – veuillez indiquer comment les chevauchements et le double financement seraient évités

Mali :

Au mois de mai 2023, MdM-BE a soumis une note conceptuelle sur la protection des droits humains à l'Union Européenne pour une requête de financement. Ce projet dont la mise en œuvre doit se faire avec l'Equipe de Recherche et d'Appui pour le Développement (ERAD), doit couvrir 10 communes de la région de Kita. Les mesures prévues viennent en complément aux actions déjà engagées par le projet DGD en cours ainsi que de la présente proposition. Afin d'éviter les chevauchements entre les deux projets et favoriser la complémentarité, les activités seront menées au niveau de différents villages. La liste des villages d'intervention de chaque financement sera communiquée au démarrage du projet.

Niger :

Ce projet est la seule action de MdM-BE en cours dans la région de Tahoua.

Dans le cadre de la coopération au développement au Gouvernement de Monaco, MdM-BE a soumis un concept note en mai 2023 sur l'« Amélioration des capacités de résilience des femmes, des jeunes et des adolescent.e.s dans la commune de Tahoua pour l'obtention éventuelle d'une subvention annuelle maximale de 100 000 euros pendant 3 ans (2024 à 2026).

RDC :

A l'heure actuelle, toutes les actions de MdM-BE en RDC sont concentrées dans la Province du Sud-Kivu mais aucune dans la ZS de Lemera en particulier ; par ailleurs, aucune autre demande de financement que la présente ne cible cette zone d'intervention.

4. CADRE OPÉRATIONNEL

4.1 Localisation exacte de l'action (veuillez inclure une carte permettant de localiser le projet)

Mali: Région de Kita, District sanitaire de Kita

<https://reliefweb.int/map/mali/mali-r-gion-de-kayes-carte-de-r-f-rence-juin-2019>

Niger : région de Tahoua, districts de Madaoua, Baragoua, Konny

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/reach_ner_tahoua_ref_mars2018_a0_0.pdf

Lemera située dans le Territoire d'Uvira, Province du Sud-Kivu, en RDC

[RDC - Sud-Kivu - Territoire d'Uvira: Zone de santé de Lemera \(au 9 juin 2014\) - Democratic Republic of the Congo | ReliefWeb](#)

4.2 Bénéficiaires

4.2.1. Nombre total de bénéficiaires directs:

Mali : Totales : 209.609 Hommes 76181 ; Femmes 133.428

Niger : Totales : 600.934 Hommes 307.198 ; Femmes 293.736

RDC : Totales : 42.398 Hommes 19 ;874 ; Femmes 22.524

Une analyse des bénéficiaires désagrégée a été fournie en annexe 4

4.2.1 Spécificités des bénéficiaires directs (veuillez préciser, si possible, en vous référant aux groupes selon le cas, p. ex.: mineurs non-accompagnés, handicapés, enfants, anciens combattants...)

Mali :

Le projet cible spécifiquement les femmes en âge de procréer, les enfants et adolescents vulnérables, en mettant l'accent sur les filles sujettes aux mariages précoces, MGF et SVBG. Le personnel de santé dans les 39 aires de santé ciblées sera aussi inclus. L'approche inclusive vise à surmonter les barrières sociales, économiques et physiques, en incluant les personnes en situation de handicap et les PDI. Pour assurer leur implication, ces groupes seront intégrés dans les instances communautaires et les activités respecteront le principe "ne pas nuire". Le renforcement des mécanismes communautaires pour lutter contre les VBG impliquera diverses parties prenantes, des autorités aux associations et leaders religieux.

Niger :

Les différents niveaux de ciblage ont été pris en compte dans les critères de sélection des bénéficiaires. Au niveau macro, la région de Tahoua a été sélectionnée, par la suite les communes en fonction de leur caractéristique et sur la base des défis combinés. Et le niveau MESO traduisant la prise en compte des ménages les plus vulnérables. Le ciblage des groupes a été mené en tenant compte des niveaux de vulnérabilités. L'accent a été mis sur le ciblage communautaire participatif sur la base des données de OCHA et des recommandations des clusters santé et protection.

Le projet cible en particulier les enfants les plus vulnérables et défavorisés, y compris les filles, les enfants séparés et non accompagnés, vivant avec un handicap ou des besoins supplémentaires, associés à des forces et groupes armés et appartenant à des minorités ethnolinguistiques et à des groupes socio-économiques les plus pauvres. Il sera prêté une attention particulière aux aspects susceptibles d'accroître la vulnérabilité des enfants aux risques auxquels ils sont exposés. Le projet bénéficiera aux :

- filles et garçons PDI et des communautés d'accueil ;
- filles et garçons vulnérables, victimes ou à risque de violence, d'abus, d'exploitation et de négligence.

Ces critères d'identification et de sélection des bénéficiaires sont conformes avec ceux établis par les différents clusters santé et protection.

RDC :

Les bénéficiaires directs de notre action sont les groupes les plus vulnérables de la population de la ZS de Lemera à savoir : les personnes déplacées internes (environ 66% de la population total dans les 9 AS, les SVBG et les plus vulnérables de la population d'accueil qui est estimé à 5% de l'ensemble de la population

total (les personnes âgées, les personnes handicapées, orphelins qui sont incapables de payer pour accéder aux soins) qui devront bénéficier d'un appui à travers d'un fonds d'équité.

4.2.2 Mécanismes et critères d'identification des bénéficiaires directs

Mali :

L'identification des bénéficiaires se fait à deux niveaux : en communauté et dans les structures de santé. Les comités de protection repèrent les cas de VBG comme mariages précoces, MGF et violences conjugales, et réfèrent les victimes au Guichet Unique. La sensibilisation sur la prévention des viols et l'accès aux services est renforcée. Les distributeurs communautaires de contraceptifs promeuvent le planning familial, incluant les jeunes. Les relais communautaires, lanceurs d'alerte et matrones sont dans les comités de protection. Le personnel médical et de la protection de l'enfance bénéficie également dans les structures de santé, en se focalisant sur les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les soins de SDSR.

Niger :

L'identification des bénéficiaires se fera à plusieurs niveaux :

Au niveau Communautaire :

I. Par la revitalisation des comités de protection : Ils sensibiliseront, identifieront et orienteront les personnes nécessitant une assistance.

II. À travers la distribution communautaire : En particulier, la distribution de contraceptifs promouvant le planning familial sensibilisera et encouragera de nouvelles adhésions.

III. Grâce aux relais communautaires et matrones : Ces agents de santé locaux informeront les résidents sur les services disponibles et guideront vers les ressources SSR.

Au niveau des structures de soins soutenus :

I. Par le système de triage : Diriger les patients vers les services adaptés pour des soins appropriés en temps opportun.

II. Avec des espaces confidentiels pour les consultations en SSR et le guichet unique de PEC des cas de VBG : Assurer la confidentialité et l'intimité des patientes pour encourager l'accès aux soins nécessaires.

Enfin, durant l'approche de l'aller-vers : Utiliser les unités mobiles pour identifier, prendre en charge et référer les bénéficiaires en situation de précarité vivant dans des sites éloignés.

RDC :

Identification des PDI :

1. Préalablement, sensibilisation sur les principes humanitaires et de protection, en insistant sur la confidentialité.
2. Établissement conjoint des données et listes de PDI par les comités des PDI et les présidents des CODESA dans chaque AS ciblée ; validation par les autorités locales.
3. Contrôles conjoints avec les autorités locales et le BCZ, avec contre-vérifications en cas d'incohérences.
4. Listes contrôlées et validées transmises au BCZ et à l'infirmier superviseur de MdM-BE pour le triage des bénéficiaires.
5. Les « post check » des listes seront actualisés trimestriellement avec confidentialité au niveau des FOSA et du bureau de MdM-BE.

Identification des groupes vulnérables : Prévu un « fonds d'équité » pour soins gratuits ; identification à deux niveaux, dans la communauté et les FOSA.

Choix des participants aux formations : Sélection des prestataires de santé pour exercer à temps partiel en tant que « référents psychosociaux », en collaboration avec l'ECZ et basée sur l'assiduité, l'intégrité et la connaissance locale.

4.2.3 Décrivez l'ampleur et les modalités d'implication des bénéficiaires directs dans la conception de l'action

Mali :

Pour élaborer la nouvelle proposition, deux actions clés impliquant les bénéficiaires et partenaires ont été menées :

Un atelier de capitalisation s'est tenu en juin 2023, rassemblant diverses parties prenantes pour identifier de nouveaux besoins et recommandations pour renforcer l'encrage communautaire et l'empowerment. La participation de 43 individus, dont 15 femmes et jeunes, a abouti à des insights précieux.

En collaboration avec PIM, une évaluation rapide des besoins de santé et de protection s'est déroulée en juin 2023, incluant 57 groupes de discussion et 37 entretiens individuels avec des bénéficiaires spécifiques. Les résultats de cette enquête guideront les futures interventions des deux ONG organisatrices.

Niger :

Les parties prenantes, y compris les enfants, les femmes, les communautés, les services techniques et les ONG, ont contribué à identifier les besoins et à concevoir le projet via des consultations et des échanges. L'analyse des besoins axée sur l'approche multi-acteurs a pris en compte leurs préoccupations. Les données collectées ont permis de hiérarchiser les besoins. Durant la phase d'exécution, les acteurs participeront aux sessions de planification et de mise en œuvre, avec une micro-planification. La collaboration avec les acteurs publics favorisera la durabilité et la coordination. Les bénéficiaires seront impliqués dans la planification et la validation, avec des actions de sensibilisation et de renforcement des capacités. Le suivi impliquera tous les acteurs dans la collecte, l'analyse des données et les enquêtes de satisfaction auprès des élèves. Des comités de suivi seront formés pour superviser les distributions et recueillir les plaintes des bénéficiaires.

RDC :

L'action proposée est basée sur les besoins identifiés et exprimés par les communautés vulnérables de la ZS de Lemera, collectés lors d'une mission exploratoire. Une approche communautaire sera utilisée pour responsabiliser les communautés, en mettant l'accent sur la santé des membres vulnérables. Dans les structures de santé, l'information aux patients et le consentement éclairé seront encouragés, et un mécanisme de gestion des plaintes sera instauré via un "numéro vert" et des "boîtes à suggestions". Le gestionnaire de plaintes de MdM-BE gèrera ces retours. De plus, deux ateliers seront organisés pour impliquer les parties prenantes : l'un pour le lancement des activités et l'engagement communautaire, et l'autre pour partager les apprentissages du projet avec d'autres acteurs humanitaires.

4.2.4 Autres bénéficiaires potentiels (indirects, "catchment", etc.)

Mali :

L'approche ayant un fort ancrage communautaire, les bénéficiaires indirects seront les autres membres de la communauté, plus particulièrement les familles des bénéficiaires. De plus, les femmes allaitantes et les associations des jeunes et des femmes, pourront être touchées par nos interventions en santé et en protection. L'ensemble des prestataires de santé, des enseignants des écoles ciblées vont également bénéficier des actions du projet (formation, réhabilitation/aménagement, équipements).

Niger :

Durant le projet actuel, les retours des communautés, des acteurs de santé et des autorités locales ont été intégrés par le biais d'enquêtes de satisfaction et d'entretiens quotidiens, guidant la rédaction de la proposition pour la phase 2. De plus, le projet ciblera : le personnel et les usagers des CSI soutenus ; les membres des ASBC des communautés d'accueil ; les migrants et réfugiés vulnérables ; les acteurs de santé et de protection les associations et groupements de femmes, adolescent.e.s.

Cette intervention, axée sur le renforcement des capacités des parties prenantes communautaires et des OSC, aspire à toucher un plus grand nombre de bénéficiaires indirects pendant et après le projet, grâce à l'ancrage communautaire de MdM-BE dans les districts de Konni et Bagaroua.

RDC :

L'ensemble de la population des AS ciblées (bénéficiaires indirects) sera touchée par les activités de sensibilisation de masse, notamment des émissions radio co-animées avec d'autres acteurs locaux de protection. L'information qui circulera dans la zone sur le projet entrainera inévitablement un effet « catchment » mais il devrait être limité du fait de la gratuité ciblée et non généralisée des soins. Par ailleurs, en cas de crise, il n'est pas exclu de réaliser des cliniques mobiles ou de s'associer à des acteurs locaux de protection pour des interventions conjointes ponctuelles dans d'autres AS que celles ciblées.

4.2.5 Bénéficiaires directs par secteur (se référer aux "lignes directrices d'ECHO, Annexe I", pp26 à 29: http://ec.europa.eu/echo/about/actors/fpa_fr.htm)

Secteur	Nombre de bénéficiaires
Protection	179.923
Santé	252.630

Mali:

Bénéficiaire par secteur d'activité	Total
Secteur protection	87 518
Secteur santé	122 091
TOTAL	209 609

Le secteur Protection concerne :

Les Femmes en âge de procréer (62 562), les jeunes adolescent.e.s (16 953), les acteurs communautaires : Recos, matrones et DBC (195), les lanceurs d'alerte (100), les survivantes de VBG (200), les esclaves ascendants (2000), les personnes âgées sensibilisées sur la SSR, VSBG et protection de l'enfant (5469), les éducateurs et enseignants (40). Ceci donne un total de **87 518** bénéficiaires pour la protection ;

Le secteur Santé concerne :

Les agents de santé : médecins/ sages-femmes/infirmiers (80), personnel psychosocial (2), agents départementaux de la protection de l'enfant et promotion de la femme (2), les enfants de moins de 5ans (95 484) en consultation curative, les femmes enceintes (CPN, accouchements) (26 523). Ce qui donne un total de **122 091** bénéficiaires pour la santé.

Niger :

Bénéficiaire par secteur d'activité	Individus
Secteur santé	130 539
Secteur protection	92 405

Le secteur santé concerne 130 539 bénéficiaires directs par les actions de santé : 13 848 enfants de moins de 5 ans ; 78 agents/prestataires de soins de santé formés ; 50 victimes et/ou survivantes de VBG ; 15 acteurs communautaires ; 68 666 femmes en âge de procréer (FAP) ; 80 lanceurs d'alerte ; 47 792 Jeunes/adolescent.e.s et autres usager des centres de santé

Le secteur protection concerne 92 405 bénéficiaires directs par les interventions en protection : 2 Personnels psychosociaux ; 2 Agents départementaux de la protection de l'enfant et promotion de la femme ; 27 752 Personnes sensibilisées sur la SSR, VSBG et protection de l'enfant ; 120 Pairs éducateurs et enseignants ; 62 424 PDI y compris les femmes en âge de procréer ; 2229 personnes réfugiées.

RDC :

Le secteur santé concerne le nombre de bénéficiaires (42.781) correspond à 100% des PDI des AS ciblées plus le 100% des groupes cibles vulnérables (enfants non PDI de 0 à 5 ans, FEFA, personnes en situations de handicap et indigents).

Le secteur protection, la cible de 205 personnes correspond aux 150 victimes de VBG ciblées + 55 intervenants formés en Protection.

Secteur	Nombre de bénéficiaires
Protection	205
Santé	42.781

4.3 Objectifs, résultats et activités

4.3.1 Aperçu opérationnel de l'action: cadre logique² (maximum 3 pages)

² Ce tableau doit donner un aperçu général complet des différents éléments de l'action. Il contiendra seulement des informations concises sur les résultats et les activités. Tout changement apporté au cadre logique au stade du rapport intermédiaire ou du rapport final sera communiqué.

Titre de l'action	Renforcement des mécanismes de protection et d'accès aux soins de santé et droits sexuels et reproductifs , pour les populations en situation de vulnérabilité dans la région de Kita au Mali, ainsi qu'à Tahoua au Niger et Sud Kivu en RDC.			
Objectif principal	Contribuer à la protection et à la réduction de la morbi-mortalité des groupes touchés par les crises dans les régions de Tahoua (Niger), Kita (Mali) et Sud Kivu (RDC) en mettant l'accent sur les femmes, les adolescentes, les PDI et les survivant.e.s des violences sexuelles et basée sur le genre..			
	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Objectif spécifique	OS1.Renforcer la demande, l'offre et les capacités de plaidoyer en intégrant la communauté afin d'améliorer la protection et la santé (SDSR et SMSPS) des populations en situation de vulnérabilité	<p>*Taux de structure ayant obtenu un score supérieur à 75% lors de l'évaluations de services VBG. Mali : Baseline : 70% / Cible : 85%. Niger : Baseline : 45% / Cible 75% RDC : Baseline 60% / Cible 85%</p> <p>* Pourcentage de bénéficiaires (désagrégés par sexe, âge et handicap) déclarant que l'aide humanitaire est fournie de manière sûre, accessible, responsable et participative Cible : 70</p>	<p>Rapport d'activité des évaluations ; grille des évaluation</p> <p>Questionnaire à administrer aux bénéficiaires et méthodologie pour agréger les données collectées et faciliter l'analyse et les rapports</p>	<p>Mali, Niger :</p> <p>Hypothèse : La situation sécuritaire n'entraîne pas l'inaccessibilité des zones et la non-disponibilité des acteurs notamment des services de l'Etat et des collectivités</p> <p>Risques : : Inaccessibilité : impraticabilité des routes (e.a. saison des pluies) ou à la suite de l'insécurité.</p> <p>Manque de confiance des populations dans les autorités.</p> <p>Des épidémies (Ebola, Covid (ré)apparaissent et ne sont pas sous contrôle.</p> <p>Instabilité politique</p> <p>Soulèvement de la population à cause de la crise politique et économique du pays ;</p> <p>Accroissement des prix sur le marché ;</p> <p>RDC : Les communautés et les bénéficiaires se sentent identifiés aux activités du projet et les soutiennent en y participant activement</p> <p>* Bonne articulation et coordination avec les autres parties prenantes et les autorités locales</p> <p>* Bonne gestion de la communication avec les autorités locales, les leaders communautaires et les bénéficiaires</p>

Résultats	R1: Les communautés sont renforcées pour assurer la sensibilisation, la prévention et les mécanismes de protection et d'alerte précoce pour favoriser l'accès aux soins (santé et droits sexuels et reproductifs, soutien psychosocial) des personnes vulnérables en particulier les PDI et les survivants de VBG	R1I1 Pourcentage des membres de la communauté formés qui ont amélioré leurs connaissances sur la SDSR, les VBG et la SMSPS Cible : 75% R1I2 Nombre de survivants de VBG référés pour la prise en charge holistique par la communauté Cible Mali : 200 Cible Niger : 60 Cible RDC : 100	Prétest et post-test ; grille d'évaluation ; rapport des activités Rapport des activités ; registre de référencement et fiches de contre-référencement	Risques : Faible engagement Communautaire Risque d'être stigmatisé et/ou menacé quand une survivante déclare avoir été victime ou veut porter plainte contre l'agresseur Les autorités locales ne participent pas et freinent la dynamique ; Inaccessibilité : impraticabilité des routes (e.a. saison des pluies) Insécurité Manque de confiance des populations aux autorités.
	R2: Renforcer les capacités des services de santé pour améliorer la qualité de prise en charge médicale (notamment SDSR) et psychosociale des personnes vulnérables en particulier les PDI et les survivants de VBG	R2I1 Pourcentage des personnel de santé formés qui ont amélioré leurs connaissances sur la prise en charge SDSR, de cas de VBG et l'intégration transversale de la SMSPS Cible : 75% Mali : *Taux de structures sanitaires prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3 méthodes modernes de planification familiale. Baseline : 64% Cible : 90%. *Taux des structures de santé qui intègrent le screening pour les violences dans leur protocoles et questionnaires de prise en charge Baseline : 70 / Cible : 85% Niger : Ind R2.2: % structures sanitaires et services appuyés répondant aux normes établies par le ministère de la Santé et répondant besoins SDSR/VBG, SMSPS, SIMR, Gestion pharmacie Cible : 70% RDC : I4. Nombre de consultations primaires curatives des Personnes déplacées internes (PDI) Cible : 21.381	Prétest et post test ; grille d'évaluation ; rapport des activités Mali : Rapport d'activité du programme, District Health Information Software DHIS2(DHIS2), Rapport mensuel d'activités (RMA) Base de données, Rapports d'évaluation des districts Niger : Rapport d'activité du programme Rapport de mission de supervision Fiche de donation Photos RDC : DHIS2 ; registres ; rapport des activités	Risques : Non-respect de la gratuité par les prestataires de soins Inaccessibilité : impraticabilité des routes (e.a. saison des pluies) Insécurité Manque d'engagement des acteurs de prise en charge
	Résultat 3 : Les mécanismes de plaidoyer sont renforcés en suivant une approche basée sur les évidences, impliquant la participation de la communauté, pour favoriser l'accès aux droits en SSR en particulier pour les jeunes et adolescent.e.s 'ainsi que pour la lutte contre les VBG.	R3I1 Nombre des initiatives de plaidoyer conçues avec la participation de la communauté pour l'accès aux droit en SSR et pour la lutte contre la VBG Cible Mali : 4 Cible Niger : 6	Rapport des activités ; rapport des réunions ; note de positionnement ; photos Rapport de capitalisation : résumés des études : rapport d'enquête	Risque : Politiques non favorable à la promotion des droits SDSR Barrière culturelle liée au genre Faible engagement communautaire

		<p>R3I2 Nombre des documents produits (capitalisation ; étude ; etc.) en support des initiatives de plaidoyer sur la SDSR, VBG ou SMSPS</p> <p>Cible Mali 3</p> <p>Cible Niger : 6</p>		
<p>Activités : Voir dans chaque Résultat ci-dessous ainsi que dans le chronogramme en annexe</p>				
<p>Conditions préalables</p> <p>Mali :</p> <ul style="list-style-type: none"> * La situation sécuritaire reste globalement stable dans la région et permet le maintien des interventions des équipes MdM (expatriées comme nationales) dans la zone. * Les médicaments et autres matériels nécessaires sont disponibles auprès des Centrales d'achat humanitaires reconnues par le bailleur de fond. * Des protocoles d'accord (MoU) sont signés avec les autorités sanitaires concernées permettant aux équipes l'accès aux formations sanitaires ciblées. * Les communautés s'approprient des activités développées par le projet. <p>NIGER</p> <ul style="list-style-type: none"> *Contexte sécuritaire général et socio-politique favorable à l'implémentation des activités du projet, y compris la présence opérationnelle des services publics dans la région de Tahoua *Maintien de l'acceptance de MdM-BE auprès des autorités et communautés locales nigériennes *Protocole d'Accord Type (2022-2026) signé entre MdM-BE et le gouvernement Nigérien (Ministère de la Santé, Ministère de l'aménagement du territoire et du développement communautaire-DONGAD) <p>RDC :</p> <ul style="list-style-type: none"> * La situation sécuritaire reste globalement stable dans la région et permet le maintien des interventions des équipes MdM-BE dans la zone * Un protocole d'accord (MOU) est signé avec les autorités sanitaires et permet aux équipes l'accès aux FOSA ciblées * Les médicaments essentiels sont disponibles auprès de la pharmacie de la ZS et des FOSA 				

4.3.2 Informations plus détaillées par résultat³

3. 4.3.2 Informations plus détaillées par résultat⁴

1. Résultat 1:

Les communautés sont renforcées pour assurer la sensibilisation, la prévention et les mécanismes de protection et d'alerte précoce pour favoriser l'accès aux soins (santé et droits sexuels et reproductifs, soutien psychosocial) des personnes vulnérables en particulier les PDI et les survivants de VBG

1. 4.3.2.1 Au stade de la proposition

- Secteur: **Protection**
- Sous-secteur associé: **Violence Basées sur le Genre**
-
- **Bénéficiaires (statut + nombre):**

Mali:

- 62.562 femmes en âge de procréer (FAP) ;
- 16.953 Jeunes/adolescent.e.s ;
- 293 Acteur.rice.s communautaires : relais communautaires (Recos), matrones et distributaires à base communautaires (DBC) ;
- 75 Lanceur.euse.s d'alerte ;
- 200 Survivant.e.s de VSBG ;
- 5.469 Personnes âgées sensibilisées sur la SDSR ; VSBG et protection de l'enfant ;
- 80 Educateur.rice.s/Enseignant.e.s ;
- 2.000 victimes d'esclavage par ascendance

Niger:

- 150 acteurs communautaires
- 80 lanceurs d'alerte
- 93 membres des COGES
- 39 600 Personnes âgées sensibilisées sur la SSR, VSBG et protection de l'enfant
- 120 pairs éducateurs et enseignants

RDC :

- 150 victimes de VBG ;
- 9 référents psychosociaux formés ;
- 50 RECO formés.

Indicateurs pour ce résultat:

R1.1 : Pourcentage des membres de la communauté formés qui ont amélioré leurs connaissances sur la SDSR, les VBG et la SMSPS

R1.2 : Nombre de survivants de VBG référés pour la prise en charge holistique par la communauté

Activités associées au résultat

Mali :

R1.A1 : Renforcer le mécanisme local de la veille humanitaire pour assurer les alertes précoces en santé (SIMR) et en protection avec un accent particulier sur les enfants, le déplacement des populations et les violences sexuelles

L'accompagnement des 40 comités de protection déjà mis en place/redynamisés dans 40 villages se poursuivra à travers les formations et les missions de supervision. Le nouveau projet étendra cette couverture à huit nouveaux villages de la zone d'intervention soit environ 6 comités par commune.

Tous les comités seront appuyés par les animateurs du projet sur les thématiques en lien avec les VBG, la SDSR (ex. mariage précoce/grossesses précoces) et la veille épidémiologique. Pour les nouveaux villages, un état des lieux des comités de protection et d'alerte précoce existants sera conduit au début du projet, conjointement avec les services techniques locaux pour évaluer la viabilité des comités mis en place par le service de la promotion de la femme et la protection de l'enfant.

³ Par résultat identifié dans le cadre logique, des informations plus détaillées nécessaires à la bonne compréhension de la proposition/du rapport seront assemblées ici. Une sous-section spécifique par résultat au stade de la proposition, du rapport intermédiaire et du rapport final a été prévue (veuillez ne pas mettre à jour l'information d'un stade précédent dans cette section, veuillez commenter le changement dans la sous-section appropriée du résultat).

R1.A2 : Sensibiliser les populations sur la disponibilité des services SMSPS, SDSR et la prise en charge des violences basées sur le genre (VBG)

En plus des relais communautaires déjà engagés avec le projet, des relais issus des nouveaux villages seront rapprochés et briefés sur les principaux messages à communiquer à la population concernant la disponibilité des services de santé : SMSPS ainsi que de prise en charge holistique des SVBG.

Des séances de dialogue communautaire seront également organisées par trimestre dans les villages avec la participation des femmes, des jeunes filles, des hommes et des jeunes garçons et porteront sur les thématiques du projet. Le nouveau projet va continuer à impliquer activement les autres acteurs communautaires comme les matrones, les guérisseurs traditionnels, les marabouts ou les radios communautaires dans la conception et diffusion des messages.

R1.A3 : Appuyer le renforcement de capacités des éducateurs

L'action s'étendra sur de nouvelles écoles, les anciennes et les nouvelles. Les éducateurs continueront à offrir des appuis/conseils sur la protection des adolescent.e.s en milieu scolaire (menstruation, communication, mariage des enfants et forcés...). Cela, tout en évaluant non seulement l'amélioration des pratiques professionnelles, mais également évaluant si ces pratiques répondent aux besoins spécifiques des enfants et jeunes avec un focus plus particulier sur les jeunes filles vue leur plus grande vulnérabilité. L'équipe du projet effectuera des suivis auprès de ces éducateurs pour apporter des orientations d'amélioration de leurs appuis auprès de l'endroit des élèves adolescent.e.s/jeunes.

R1.A4 : Former et accompagner les acteurs communautaires (matrones/accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR) et relais communautaires) sur l'identification et l'orientation des cas (signes de danger de la grossesse, détresse psychologique, ...)

De plus, outre les acteurs communautaires, en particulier les relais communautaires qui ont été formés dans le cadre du projet actuel pour aborder les principales problématiques telles que la santé mentale, les signes de danger pendant la grossesse et la VBG, d'autres intervenants seront repérés au sein des nouvelles localités et recevront une formation.

Les capacités de ces acteurs seront renforcées afin de bien identifier et référer des personnes présentant des besoins en santé mentale et les victimes de VBG. Tout cela dans le respect de la confidentialité et l'autonomie des victimes selon les principes des soins centrés sur le survivant. Concernant la santé mentale, certains relais, selon leurs capacités d'adaptation, seront formés sur les bases de la SMSPS afin d'être capable d'assurer une première réponse aux personnes en détresse. Et par la suite, procéder à l'orientation de ces cas vers les structures appropriées.

R1.A5 : Identifier et référer les personnes à besoin de protection et de soins de santé (SMSPS, SDSR et VBG)

Les personnes à besoin de protection et de soins de santé (SMSPS, SDSR et VBG) identifiées seront référées en première intention vers les CSCOM où le personnel a été préalablement formé. Selon la gravité, certains cas seront référés directement vers le Centre de Santé de Référence (CSREF)/One Stop Center (Guichet unique). En tout état de cause, un schéma de référencement selon le circuit établi par les autorités est disponible et sera respecté. Les prestataires formés sur la SMSPS à la première phase joueront un grand rôle dans l'identification des cas et le référencement pour une meilleure prise en charge.

R1.A6 : Renforcer la stratégie DBC (distribution à base communautaire des contraceptifs)

Les distributeurs à base communautaires DBC seront renforcés pour poursuivre l'offre de service de planning familial au niveau communautaire en milieu rural conformément à la politique de santé communautaire du pays. Cette activité sera réalisée à travers le réseau de relais communautaires / accoucheuses traditionnelles recyclées Equipe mobile, campagne de masse PF et dans les CSCOM. En plus des préservatifs, la stratégie s'élargira vers d'autres moyens de contraception telles que les pilules contraceptives.

R1.A7 : Appuyer la gestion et la promotion de l'hygiène menstruelle en milieu scolaire et au niveau des sites PDI

Après le succès des quatre blocs de latrines réalisées lors de la première phase, à la demande des autorités communales et éducatives, la deuxième phase va poursuivre la construction / réhabilitation de 3 blocs de latrines et l'aménagement de point d'eau dans les écoles ciblées selon les critères scolarisation des filles au Mali (SCOFI), Les filles seront sensibilisées de façon participative et accompagnées par les enseignantes et élèves pairs éducatrices sur la gestion de l'hygiène menstruelle. Une dotation en kits d'hygiène menstruelle (tissu en coton réutilisable ou coton hygiénique, brosse à dent, chaussures, dessous/slip, pagne, t-shirt body, foulard, gel antibactérien ou un morceau de savon, protège-slips imperméable un petit sac) sera fournie trimestriellement. L'expérience de confection par les élèves, des serviettes hygiéniques réutilisables, sera renforcée et vulgarisée dans les écoles. Toutes ces actions combinées doivent concourir à réduire

l'absentéisme des filles à l'école. Un plaidoyer sera mené auprès des autres partenaires pour développer cette stratégie des ressources humaines (SHR) dans le district sanitaire de Kita.

R1.A8 : Sensibiliser et former les adolescent.e.s, les familles et la communauté dans leur rôle de prévention de la violence (psychologique, physique, sexuelle) et leurs conséquences

Les séances de communication de proximité pour le changement de comportement à l'égard des adolescent.e.s seront réalisées par des pairs éducateurs, choisis parmi les élèves, les enseignant.e.s des écoles, les membres des comités de protection et les responsables de mobilisation communautaire des centres de santé. La sensibilisation sera faite aussi à travers le théâtre ambulancier. Ces actions vont se poursuivre et se renforcer au cours de la 2^{ème} phase du projet.

R1.A9: Renforcer la réinsertion socioprofessionnelle et économique des filles/femmes en situation de vulnérabilité et en particulier les survivant.e.s de VBG

(Survivant.e.s en vue de leur autonomisation, le projet contribuera au financement de 40 initiatives selon le critère préalablement établi (préférences des membres, saisonnalité, temps, rapport coût/bénéfice, coûts (critère excluant), demande). Pour la rentabilité des activités et l'utilisation saine des retombées, les bénéficiaires seront coachés et suivis tout au long du projet. Cette réinsertion économique se fera en synergie avec PIM dans des activités complémentaires.

Des médiations sociales seront menées dans certains cas par des agents de projet ainsi que des personnes ressources pour préserver un climat social apaisé dans les couples.

Il s'agira aussi d'organiser des sensibilisations sur la scolarisation des filles au Mali (SCOFI), d'aider les filles déscolarisées pour cause de VBG à retourner à l'école, de mettre en place un système de veille dans les écoles afin d'alerter des cas de mariages d'enfants.

R1.A10 : Organiser une Rencontre Communautaire en début et en fin de projet pour informer les communautés et renforcer leur implication et participation active au processus de programmation, d'implémentation, de suivi/évaluation et de capitalisation du projet

A toutes les étapes du cycle de projet, les communautés seront fortement impliquées pour tenir compte de leurs préoccupations et de leurs perceptions sur le cours du projet. Le lancement du projet sera l'occasion d'inviter toutes les sensibilités pour recueillir leurs attentes et obtenir leur adhésion aux objectifs assignés par le projet. Au cours de la mise en œuvre, elles seront régulièrement invitées à participer au suivi des mesures envisagées.

Une attention toute particulière sera faite pour s'assurer de l'implication active et effective des bénéficiaires directes et indirectes du projet en particulier les groupes et associations féminines et de jeunes, les personnes en situation de handicap et autres groupes marginalisés.

A la fin du projet, ces dernières seront également impliquées au processus de capitalisation. Toutes ces actions concourent à une réelle implication (prise en compte des points de vue et sauvegarde de leur intérêt supérieur) des communautés bénéficiaires face auxquelles l'organisation est redevable.

Niger:

R1.A1 : Former les acteurs/leaders communautaires sur les techniques de communication pour le changement social et comportemental (CCSC).

Une formation sera effectuée au profit de 150 Relais Communautaire (RC), les lanceurs d'Alerte et des leaders communautaires. Cette formation renforcera leurs capacités sur les techniques de CCSC en lien avec les thématiques du projet. Le nombre de sessions de CCSC à mener par chaque acteur par semaine et par mois sera déterminé au moment de la mise en œuvre de concert avec les chefs CSI. Un forfait mensuel sera octroyé à chaque relais RC. Des suivis réguliers séparés et/ou conjointement seront menés par les chefs CSI et les superviseurs du projet pour s'assurer de la qualité des activités.

R1.A2 : Communication pour le changement social et comportemental sur les thématiques de la SDSR/VBG, SMSPS au sein des communautés

Des séances de CCSC périodiques seront conduites par 150 acteurs communautaires et 31 CSI soutenus dans la zone d'intervention du projet.

R1.A3 : Former des lanceurs d'alerte sur le circuit de remontée d'information

Lors d'une épidémie, plus l'alerte est lancée tôt, plus les chances de la contrôler sont élevées. Les lanceurs d'alerte identifiés au sein des relais communautaires jouent un rôle de premier plan dans la notification de certaines situations à toutes les maladies à potentiel épidémique, de cas de violences basées sur le genre (en particulier des violences sexuelles) ou des situations de catastrophes

Dans le cadre du renforcement du système communautaire d'alerte précoce et de la riposte aux urgences, 80 lanceurs d'alerte seront identifiés et formés sur le circuit et la remontée de l'information concernant les cas suspects de maladies telles que la méningite, le choléra, la rougeole vers le CSI le plus proche. Ils seront

également formés sur les principes pour l'identification sûre des survivants de VBG et sur le circuit de référencement. Les lanceurs d'alerte seront dotés en téléphone et crédit de communication et ils recevront des primes de motivation de façon mensuelle. Des supervisions régulières et conjointes seront effectuées avec les districts sanitaires, les CSI et les collectivités dans la perspective d'amélioration et d'appropriation.

R1.A4 : Redynamiser les COGES de l'ensemble des DS de l'action

Pour renforcer la gestion administrative et financière des structures sanitaires appuyées, l'organe de gestion communautaire en l'occurrence les comités de gestion de santé (93 membres), seront formées sur leurs rôles et responsabilités en termes de gestion financière et administrative afin de mieux accompagner les efforts de MdM BE et celui des districts sanitaires qui consiste à l'accès à des services de santé de qualité au profit des populations vulnérables mais aussi de garantir la redevabilité et une gouvernance transparente à tous les niveaux. Des évaluations périodiques seront menées par le projet et les districts sanitaires pour identifier les besoins d'accompagnement et les réadapter.

En amont, une mise à jour des comités aura pour objectifs de renouveler les mandats qui sont arrivés à échéance et/ ou de remplacer les membres défaillants. Les comités seront accompagnés dans des réflexions visant à trouver les meilleures stratégies de fonctionnement afin d'impliquer l'ensemble des membres dans toutes les opérations et processus qui leur incombent.

R1.A5 : Appuyer la gestion et la promotion de l'hygiène menstruelle et les sensibilisations sur la SDSR y compris les VBG en milieu scolaire

Pour renforcer la gestion de l'hygiène menstruelle et la paire éducation en milieu scolaire en lien avec la santé, droits sexuels et reproductifs, 120 pair.e.s éducateur.trice.s et des coachs seront identifiés parmi les élèves et le corps professoral. Ils seront capacités pour mener des séances de sensibilisation participatives dans les écoles secondaires au profit de leurs pairs. Chaque école appuyée sera dotée en kits de gestion de l'hygiène menstruelle selon une périodicité à définir. En plus des quatre collèges retenus lors de la première phase dans le district de Konni, quatre nouveaux collèges seront pris en compte, deux dans le district de Bagaroua et deux autres dans le district de Madaoua. Les 04 nouveaux collèges bénéficieront d'une construction de latrines hygiéniques ainsi que de la distribution des kits d'hygiène menstruelle.

R1.A6 : Soutenir l'élaboration/révision et la mise en œuvre des Plans de Contingences contre les épidémies et catastrophes

Les districts sanitaires soutenus seront appuyés dans la conception/ actualisation de leur plan de contingence (épidémies, inondation, mouvements de population) ainsi que son financement et les missions d'investigations. Ce plan de contingence prendra en compte les missions d'investigation des cas d'alerte. Des kits seront prédisposés pour les cas de riposte.

R1.A7 : Appuyer les campagnes nationales (JNV) et locales (JLV) de vaccinations ainsi que les campagnes réactives en cas d'épidémie confirmée.

Un appui financier (motivation des agents de vaccination) et logistique (location de véhicule, carburant) sera apporté aux districts sanitaires soutenus lors des campagnes de vaccination de masse (JNV, JLV) afin de garantir la réalisation effective et efficace des différentes campagnes.

R1.A8 : Déployer 3 Cliniques Mobiles Polyvalentes/CMP (1 par DS) pour couvrir les Soins de Santé Primaire (SSP) en particulier la SDSR/VBG et la SMSPS au bénéfice des communautés éloignées à plus de 15 km d'une structure sanitaire fonctionnelle

Des cliniques mobiles seront déployées par chaque district avec l'appui financier et logistique de MdM-BE (Perdiem, Location Véhicule ; carburant). La constitution des équipes mobiles et les fréquences de sorties seront déterminées avec les districts concernés au moment de la mise en œuvre tenant compte des spécificités de chaque district.

R1.A9 : Former les acteurs communautaires de santé de première ligne sur les principes de base d'un soutien psychosocial (écoute active, non jugement, empathie, do no harm...) et l'orientation des femmes et filles ayant besoin de soutien psychosocial

Un effectif de 194 agents/ acteurs communautaires sera formé sur le soutien psychosocial de base. Ce renforcement de capacités leur permettra d'assurer une écoute active des femmes, filles et leur famille en période post-partum, de repérer les signes et/ ou symptômes de détresse et d'orienter les personnes ayant besoin de soins approfondis en santé mentale vers des spécialistes.

R1.A10 : Assurer un suivi et un coaching des acteurs communautaires formés

A la suite de leur formation, un mécanisme de suivi et coaching in situ trimestriel des 194 agents communautaires sera mis en place. Ce suivi et coaching sera assuré par le staff projet de MdM et l'équipe d'encadrement des districts sanitaires cibles. Les recommandations issues des missions de suivi et coaching

feront elles-mêmes objet de suivi en vue d'une amélioration des pratiques des agents communautaires au profit des bénéficiaires.

RDC:

R1. A1 Renforcement des connaissances et des capacités des RECO en matière de protection : les relais communautaires sont des acteurs clés du dispositif d'intervention pour sensibiliser les communautés, détecter les personnes en situation de vulnérabilité (cas de VBG, problèmes de protection, de santé, de malnutrition, personnes porteuses de handicap, ...), les orienter vers les FOSA et services compétents pour y recevoir les soins et l'assistance adéquats, dispenser les premiers secours psychologiques, etc. C'est pourquoi il importe de les outiller correctement en termes de connaissances et de compétences relatives à la protection. Pour ce faire, une formation sera organisée au cours du premier trimestre du projet au profit de 50 RECO (10 par AS) ; elle portera notamment sur des aspects légaux (lois portant protection de l'enfance et réprimant les violences sexuelles), sur les principes directeurs de gestion de cas de VBG qui recouvrent les principes d'intervention humanitaire (sécurité, « *Do no Harm* », confidentialité, consentement, respect de la dignité, non-discrimination), sur les premiers secours psychologiques et la détection des troubles nécessitant une orientation pour recevoir des soins et services spécialisés.

R1.A2 Mise en place de circuits d'identification sûre et d'orientation des victimes de VBG et autres personnes en besoin de protection : la lutte contre les incidents de protection, en général, et les VBG, en particulier, nécessite l'implication de toutes/tous à tous les niveaux. La communauté joue un rôle essentiel dans la protection des personnes à risque et l'orientation des victimes vers les services compétents pour y recevoir rapidement les soins appropriés. Au sein de chaque AS sera mis en place un circuit d'identification sûre et d'orientation des victimes de VBG. Deux RECO reconnus pour leur intégrité seront désignés et formés comme « points focaux VBG » ; ils auront pour tâche d'animer et de coordonner le circuit, d'informer les membres de la communauté sur l'importance de recevoir des soins médicaux dans les 72 heures (délai pour la prophylaxie post-exposition et de la contraception d'urgence) et d'orienter les victimes vers le centre de santé en leur remettant un « jeton d'orientation » qui facilitera l'accès aux soins gratuits.

R1.A3 Formation de référents psychosociaux professionnels et non professionnels : dans les FOSA ciblées, hormis l'HGR de Lemera qui compte un psychologue clinicien, il n'y a pas de personnel psychosocial reconnu comme tel, malgré la volonté des autorités politiques d'intégrer la dimension SMSPS dans les soins de santé primaires. Afin de garantir l'effectivité d'une prise en charge psychosociale de première ligne sans se substituer aux responsabilités de l'Etat, nous comptons identifier avec le BCZ au sein de chaque centre de santé un/e prestataire de santé (accoucheuse, infirmier, ...) réceptif à cette dimension et la former sur les soins psychosociaux de base : premiers secours psychologiques (pour les personnes traumatisées), écoute active, psychoéducation, counseling et notions en psychopathologie permettant d'identifier les cas les plus sévères et de les référer vers la seconde ligne. Après la formation, ils seront accompagnés régulièrement par le psychologue clinicien de MdM-BE et à travers des supervisions menées conjointement avec l'ECZ.

R1.A4 Prise en charge psychosociale des victimes de VBG : la ZS de Lemera bénéficiera d'un appui technique pour intégrer le volet SMSPS dans le PMA. En collaboration avec le PNSM (Programme national de santé mentale) à travers la DPS (Division provinciale de la santé) et l'ECZ, un référent psychosocial sera identifié et formé dans chaque CS ciblé. Ces référents offriront les premiers soins psychologiques et un accompagnement social de base aux victimes de VBG. Par ailleurs, ils contribueront au niveau de leur structure au changement de posture professionnelle des praticiens, notamment à travers les conditions d'accueil des patient.e.s ainsi que le développement d'une posture de non-jugement, d'empathie et d'écoute bienveillante lors des consultations et des soins – particulièrement envers les femmes et les jeunes filles qui demandent de services de santé maternelle (contraception, soins de l'avortement...). Enfin, les référents psychosociaux serviront de points focaux pour le référencement des personnes nécessitant un suivi spécialisé en santé mentale soit à l'HGR de Lemera où la Fondation Panzi a positionné un psychologue clinicien, soit à l'HGR de Panzi (Bukavu).

R1.A5 Sensibilisation des communautés sur différentes thématiques en lien avec la protection (communication pour le changement de comportements) : des campagnes d'information / sensibilisation sur des questions de protection, sur la problématique des VBG et sur le dispositif de prise en charge seront organisées par et pour la communauté des AS.

R1.A6 Contribution à la coordination des acteurs de protection : comme expliqué au chapitre 2.3, l'action s'insère dans un contexte où interviennent déjà plusieurs acteurs de protection (notamment Transcultural Psychosocial Organisation / TPO et VSF-Be) et elle permet de combler un gap important en matière de prise en charge en santé des groupes vulnérables ; afin d'éviter toute duplication et d'apporter une réponse

holistique aux personnes en besoin de protection, nous entretiendrons une concertation continue avec les acteurs locaux de protection par une communication régulière et des réunions d'échange pouvant déboucher sur des actions complémentaires.

Résultat 2:

Renforcer les capacités des services de santé pour améliorer la qualité de prise en charge médicale (notamment SDSR) et psychosociale des personnes vulnérables en particulier les PDI et les survivants de VBG

4.3.2.1.1 Au stade de la proposition

▪ Secteur: Santé

Sous-secteur associé: Santé Sexuelle et Reproductive

Bénéficiaires (statut + nombre):

Mali :

- 80 Agents de santé (médecins/sage-femmes/infirmier.ère.s) ;
- 350 Elu.e.s communaux ;
- 2 Personnels psychosocial ;
- 2 Agents du service de la promotion de la femme et de l'enfant ;
- 95.483 Enfants de moins de 5ans (consultation curative)
- 26.523 Femmes enceintes (CPN, Accouchements)

Niger:

- 16 222 femmes en âge de procréer (FAP)
- 543 647 femmes, Jeunes/adolescent.e.s et autres usagers des centres de santé
- 80 lanceurs d'alerte
- 78 prestataires de soins
- 50 Survivantes de VSBG
- 02 personnel psychosocial
- 06 agents départementaux de la protection de l'enfant et promotion de la femme

RDC:

- 26.519 PDI dont 59,65% de femmes ;
- 12.345 autres vulnérables, parmi lesquels 53% de femmes.

▪ **Indicateurs pour ce résultat :**

R2I1

Pourcentage des personnels de santé formés qui ont amélioré leurs connaissances sur la prise en charge SDSR, de cas de VBG et l'intégration transversale de la SMSPS

Mali :

- Taux de structures sanitaires prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3 méthodes modernes de planification familiale.

Niger :

- % structures sanitaires et services appuyés répondant aux normes établies par le ministère de la Santé et répondant besoins SDSR/VBG, SMSPS, SIMR, Gestion pharmacie
- Taux de structures sanitaires prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3

RDC :

- Nombre de consultations primaires curatives des Personnes déplacées internes (PDI)

Activités associées au résultat

Mali :

R2.A1 : Doter les centres de santé en équipements de base et en produits de santé y compris ceux nécessaires à la prise en charge des survivant.e.s des VSBG et des problèmes de santé mentale permettant d'assurer la confidentialité de la consultation.

Les structures de santé seront dotées de médicaments et de matériels médicaux selon la liste nationale des médicaments. Les CSCOM seront approvisionnés à un rythme trimestriel sur la base des réquisitions fournies

et les consommations moyennes mensuelles. Le pharmacien du projet accompagnera les gestionnaires des pharmacies des CSCOM dans la gestion de stock et la tenue des documents de gestion de la pharmacie. L'équipe cadre de district sera impliquée dans l'analyse des réquisitions et les approvisionnements des CSCOM. Les produits de la prise en charge des certains cas de santé mentale seront approvisionnés aux structures de santé selon le prescrit de la politique sanitaire du Mali : l'acide valproïque, carbamazépine, diazépam, lamotrigine, lorazépam, phénobarbital, etc.

R2.A2 : Remise à niveau/accompagner (par système de coaching ou stage) les prestataires, les acteurs de la protection et les élus sur le protocole de prise en charge de survivant.e.s de VBG intégrant le GBV/IMS et les SONUB

Par structure de santé appuyée, des agents de santé incluant la sage-femme (lorsque celle-ci est disponible) et d'autres acteurs seront remis à niveau sur le protocole de prise en charge holistique des VBG et sur les SONUB. Les notions sur le GVBIMS seront abordées pour appuyer l'archivage et l'enregistrement de cas de VBG. Les élus des communes d'intervention et d'autres acteurs de la protection seront formés/sensibilisés sur les VBG (organisation de journées communales sur les VBG à l'occasion du 8 mars, 31 juillet, 16 jours d'activisme...). A l'issue de cette formation un circuit de référencement des cas de VBG sera défini et renforcé. Un cadre de coalition des maires (élus des communes) sera mis en place pour la lutte contre les VBG.

R2.A3 : Former/accompagner les prestataires sur les SONUB

Au cours des supervisions, les directeurs techniques de centre et le personnel des maternités des structures SONUB seront formés sur les huit fonctions SONU pour la prise en charge adéquate des urgences maternelles et néonatales. Cette formation sera soutenue par la mise à disposition des matériels médicaux

R2.A4 : Appuyer le district dans la mise en place de 3 nouvelles structures SONUB

Au cours de l'action proposée, le DS de Kita sera accompagné dans la mise en place de 3 nouvelles structures de SONUB. Ces nouvelles structures viennent s'ajouter à 5 structures mises en place lors de la 1^{ère} phase.

R2.A5 : Prise en charge holistique des cas de VBG à travers le système de guichet unique et les CSCOM

Le guichet unique sera appuyé afin de garantir aux cas de VBG une prise en charge holistique. MdM-BE apportera son expertise dans la prise en charge médicale et psychosociale aux SVBG. Le guichet unique sera approvisionné à un rythme mensuel en kits post viols et autres intrants pour son bon fonctionnement. En collaboration avec l'Association pour la Promotion Juridico économique de la Femme et de l'Enfant (PROMODEF) et le service de justice de la région de Kita, les survivant.e.s recevront un appui juridique grâce à la mise en place de cliniques juridiques. MdM-BE, en coordination avec PIM, fournira un appui de réinsertion socioéconomique aux survivant.e.s, cela sur base de critères de sélection, pas encore définis. Le circuit et les critères opérationnels de référencement des survivant.e.s sont définis conformément au POS^{III} établi lors de l'atelier ayant réuni les services techniques étatiques et les principaux acteurs. Le circuit de référencement se résume comme suit : de la communauté au CSCOM ; du CSCOM au guichet unique/CSRéf de Kita. Le public cible étant les survivant.e.s de VBG identifiées par la communauté et par nos partenaires de prise en charge des cas de VBG pour utiliser les services dans les 72 heures.

R2.A6: Mettre à jour semestriellement la cartographie des acteurs SDSR/VBG

La cartographie des acteurs SDSR et VBG a été élaborée en février 2022 par l'ensemble des acteurs de Kita. Elle a été régulièrement mise à jour avec l'implication des services techniques. La cartographie des acteurs permet de tracer un circuit du patient dans l'espace régional dans son accès aux services SDSR et SMSPS. Dans le cadre du présent projet, une mise à jour sera effectuée au démarrage de l'action et sera répétée chaque six mois. Cette activité sera menée en synergie avec PIM.

R2.A7: Organiser des missions de supervision formatives sur la SMSPS à l'intention des prestataires de soins

Les prestataires de soins formés sur le "Guide d'intervention mh-GAPs" seront accompagnés, supervisés et suivis dans la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives notamment les antiépileptiques et anticonvulsivants repris sur la liste nationale des médicaments essentiels dans les structures de soins non spécialisées. Tels que l'acide valproïque, carbamazépine, diazépam, lamotrigine, lorazépam, phénobarbital, etc.

R2.A8: Déployer des équipes mobiles pour assurer des consultations foraines et mobiles sur les zones défavorisées et les sites des PDI

Dans le but de rapprocher les services des usagers, il est prévu de mettre en place des cliniques mobiles qui auront pour mission de fournir un ensemble essentiel d'activités de santé aux populations résidant dans les zones difficilement accessibles et situées à plus de 15 km.

En cas de mouvement des populations lié à un conflit ou à une catastrophe, les cliniques mobiles réaliseront une évaluation-action rapide pour répondre efficacement aux besoins urgents dans un délai de 48 heures après confirmation de l'alerte. Les membres de cliniques mobiles seront préalablement formés aux Premiers Secours Psychologiques (PSP).

Les évaluations-actions seront conjointes avec les autres acteurs de protection présents dans la zone, et suivant la disponibilité.

R2.A9: Réaliser des supervisions conjointes MDM/partenaires de mise en œuvre

Ces supervisions constitueront une opportunité d'autonomisation pour préparer la relève à travers un transfert des compétences aux acteurs nationaux mais aussi une étape de formation in situ en faveur des prestataires et des acteurs communautaires.

R2.A10: Appuyer le district sanitaire sur la mise en œuvre du plan de contingence dans les situations d'urgence humanitaire (e.a. mouvement des populations, catastrophes et épidémies)

En prévision aux épidémies et catastrophes, le projet appuiera le district dans les missions d'investigations des alertes remontées par les communautés ou à l'issue d'une analyse des données du Système National d'Information Statistique (SNIS). En cas d'épidémie ou de catastrophes déclarées, le projet apportera le soutien aux autorités pour une réponse rapide et efficace (soutien logistique, technique, etc.).

1. R2.A11 : Appui au fonctionnement des CSCOM en compensation de la gratuité ciblée

Les structures de santé recevront une dotation ponctuelle en médicaments essentiels et une prime forfaitaire mensuelle de compensation afin de garantir la gratuité des soins aux cas référés (mentale, SDSR, VBG, césariennes).

Niger:

R2.A1 : Former les prestataires de soins sur les thématiques du projet (SDSR/VBG, SMSPS, SIMR, Gestion pharmacie).

Les prestataires des soins des structures de santé périphériques (78 agents) appuyées et le staff (10 agents, y compris le staff du GU) de mise en œuvre du projet, seront formés sur les thématiques du projet (SDSR/VBG, SMSPS, SIMR, Gestion pharmacie, SNIS). Ces formations seront suivies d'une série de supervisions post-formatives qui se fera par la DRSP/ districts et l'équipe du projet en vue de renforcer d'avantage les insuffisances qui seront constatées.

R2.A2 : Réaliser des supervisions formatives spécifiques trimestrielles sur la SDSR/VBG et la SMSPS dans les structures sanitaires soutenues

Des supervisions conjointes de routine en lien avec les thématiques du projet seront menées avec les districts sanitaire (point focal SSR, CSE, gestionnaire – pharmacie, médecin chef) et l'équipe projet. Ils auront pour but de s'assurer de la conformité et de la qualité de la mise en œuvre des interventions du projet.

R2.A3 : Assurer le fonctionnement du Guichet Unique (GU) pour une prise en charge (PEC) précoce et holistique de qualité des cas de VBG en particulier les violences sexuelles

Les Survivantes de VBG seront orientées et ou référés vers le guichet unique pour une prise en charge holistique. La prise en charge médico-psychosociale sera gratuite y compris des kits de dignité qui seront distribués aux survivants selon le besoin. Mdm-BE appuiera le guichet à travers des incentives à des RH qualifiées de l'hôpital du district (01 Médecin, 02 Infirmier, 02 Sage-femme), en médicaments et équipement médicaux. Une motivation mensuelle sera allouée aux RH issues des différents services (Santé, Protection, Justice, Social) de prise en charge qui seront déployées au profit du guichet unique. Le guichet sera également soutenu pour la rémunération de deux hygiénistes qui assureront de manière rotative la propreté des lieux. La prise en charge psychosociale sera assurée par toutes les équipes santé de première ligne qui seront formées sur les bases du SMSPS avec l'appui d'un psychologue pour des personnes qui nécessitent un appui plus spécialisé.

R2.A4 : Réaliser une évaluation approfondie sur l'hygiène en milieu de soins pour identifier les besoins réels et apporter un soutien adapté pour améliorer la qualité de l'accueil et de service.

Des missions d'évaluation par district sanitaire seront conduites par une équipe mixte (DRSP, DS, Mdm) pour évaluer correctement l'état d'hygiène au niveau des formations sanitaires soutenues selon le standard hygiène en milieu de soin :

- TDR à faire valider ;
- Supports d'évaluation ;
- Réunions techniques préparatoires ;
- Conduite de l'évaluation au sein de tous les CSI soutenus dans la région de Tahoua ;
- Rapport d'évaluation assorti d'un plan d'action pour le renforcement de l'hygiène en milieu de soin ;

- Restitution des résultats d'évaluation (DRSP, DS, CSI, MdM) ;
- Diffusion des résultats d'évaluation (clusters, groupes thématiques, ...).

R2.A5 : Effectuer une évaluation approfondie sur les besoins prioritaires de réhabilitation/construction conformément aux normes du PDSS

Une évaluation technique des besoins de réhabilitation se fera dans les cinq (05) CSI cibles du département de Madaoua et un CSI de Konni (qui n'avait bénéficié de travaux) avec l'appui d'un consultant/membre du ministère de l'urbanisation (ingénieur BTP) et en étroite collaboration avec les services techniques du district sanitaire. Sur la base du budget disponible et les priorités identifiées grâce à l'évaluation, la liste des CSI à réhabiliter et les différents travaux à opérer seront retenus dans une approche participative avec les autorités sanitaires.

R2.A6 : Réhabiliter/Construire des infrastructures sanitaires selon les besoins prioritaires identifiés via R2.A4 et R2.A5.

Les travaux de réhabilitation seront confiés à une/ des entreprises expérimentées via un processus transparent de mise en concurrence. Après la sélection de l'entreprise, une remise de sites à l'entrepreneur se fera par les autorités sanitaires. Un comité technique mixte (MdM-BE, représentants des Ministères de la Santé et de l'urbanisme) de suivi des travaux sera mis en place pour suivre au fur et à mesure la qualité des travaux entre le démarrage et la réception définitive, en passant par la réception provisoire.

R2.A7 : Doter les structures sanitaires soutenues en équipements et matériels médicaux de qualité selon leurs besoins prioritaires conformément à leur niveau dans la pyramide sanitaire

Au cours du projet précédent, des dotations ont été faites, mais il existe encore des besoins non couverts. Un état de lieux sera fait et une dotation sera faite conformément aux besoins réels. Pour ce faire, il sera procédé à :

- Un Achat et transport des équipements et matériels médicaux de qualité ;
- Location d'un dépôt pharmacie, électricité, location de voiture, entretien et gardiennage ;
- Dotation des structures sanitaires soutenues selon leurs besoins prioritaires validés ;
- Suivi au cours des supervisions de l'usage de ces équipements.

Ces dotations permettront de palier aux gaps de médicaments mais aussi pour soutenir la gratuité des services pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les victimes de violences.

R2.A8 : Effectuer des approvisionnements trimestriels des structures sanitaires soutenues en médicaments, consommables médicaux de qualité, y compris les kits PEP.

Afin d'assurer la qualité de la prise en charge au niveau des structures sanitaires soutenues, des approvisionnements trimestriels seront effectués pour garantir la disponibilité des médicaments y compris les kits PEP et les consommables médicaux de qualité.

- Afin de faciliter à l'équipe cadre de district (ECD) de préparer les commandes médicales des CSI, MdM-BE met à leur disposition des bons de commande/livraison de tous les médicaments et consommables médicaux disponibles dans sa pharmacie. Les deux parties s'engagent à une coordination de l'approvisionnement pour réduire au maximum le risque de péremption et éviter les pénuries en médicaments essentiels.
- Les réquisitions des CSI doivent être dûment signées par le Chef CSI/COGES avant transmission et validation au niveau du DS. MdM-BE à son tour fera une analyse basée sur les paramètres pharmaceutiques (CMM, LMS, stock restant, données morbidité...).
- La livraison sera effectuée au niveau des DS avant acheminement aux CSI par MdM-BE afin de garantir une gestion, répartition parcimonieuse et égalitaire des médicaments aux différents structures sanitaire dans la région
- Les coûts des transports vers les CSI est à la charge de MdM-BE.
- Les Kits PEP mis à disposition en temps par MdM-BE, permettra d'éviter les gaps d'approvisionnement desdites molécules dans les structures de santé et de couvrir celles qui ne sont pas approvisionnées par le système de santé.

R2.A.9- Former des agents de santé sur les principes de base d'un soutien psychosocial, l'identification et la prise en charge en santé mentale et soutien psychosocial des femmes et jeunes filles en période post partum et leurs enfants

Dans le but de faciliter l'accès des femmes et leurs enfants aux soins de santé mentale et/ ou soutien psychosocial en période post partum, des ateliers de renforcements de capacités seront organisés au bénéfice de 49 agents de santé des CSI cibles. Les sessions de formations seront animées par les spécialistes de la direction régionale de santé publique et/ ou des districts sanitaires cibles. Un pré-test et post-test seront soumis

aux participants afin d'apprécier leur progression en termes de connaissances et par ricochet l'effet des formations.

R2.A.10- Organiser des rencontres de concertations avec les autorités sanitaires de la région de Tahoua pour l'intégration de la dimension du post-partum dans le suivi des femmes et des filles

Deux rencontres de concertations seront initiées par MdM en vue de plaider pour l'intégration de la dimension des soins attentifs du post-partum dans le suivi des femmes. Ces rencontres réuniront les autorités sanitaires des districts cibles et de la DRSP de Tahoua. En prélude à ces rencontres, un comité de plaidoyer sera constitué. Ledit comité préparera des arguments solides en faveur de l'intégration et organisera des rencontres individuelles de plaidoyer auprès des décideurs clés avant les rencontres de concertations proprement dites.

RDC:

R2.A1 Prise en charge gratuite des pathologies courantes, y compris les problèmes de santé mentale, en faveur des PDI : concernant la gratuité des soins ciblés pour le PDI, au cours du premier mois de l'intervention, nous allons effectuer une analyse avec le BCZ dans les AS/FOSA ciblées pour actualiser le mapping des acteurs et les appuis en cours d'implémentation dans ces 5 AS. Après ces analyses nous allons convenir avec le BCZ les modalités pratiques de financement aux structures sanitaires conduisant à offrir une gratuité ciblée en faveur des SVBG et des PDI. Ces modalités devront tenir compte de :

- ✓ Les modalités de remboursement à appliquer pour chaque service en fonction de la grille tarifaire en vigueur dans la ZS de Lemera.
- ✓ La définition des critères qui seront utilisés pour le ciblage des PDI.
- ✓ Les procédures qui seront mises en place pour assurer un processus clair et rapide lors de la réception des patient.e.s dans les FOSA (pour éviter les goulots d'étranglement et assurer une transparence et redevabilité dans la sélection), y compris pour la gestion des plaintes.
- ✓ Une attention particulière sera accordée aux considérations sur le maintien de la cohésion sociale (« Do no Harm »).
- ✓ La gratuité ciblée sera remboursée aux formations sanitaires sous un système forfaitaire (consultations, hospitalisations et médicaments). Les victimes de VBG, particulièrement les SVS, bénéficieront des soins préventif et curatifs complets, qu'il s'agisse du kit Post Viol ou de la prise en charge des complications associées, au niveau des centres de santé. Le projet prévoit d'appuyer la référence (appui en transport, alimentation et prise en charge) vers le HGR de Lemera.

R2.A2 Mise en place d'un fond d'équité pour les personnes en situation de vulnérabilité (situation de handicap, indigents, ...) :

La ZS de Lemera, a adopté le système de recouvrement des couts pour financer le fonctionnement des structures de santé du 1° et 2° niveau. Ce système prévoit la tarification des actes et la vente des médicaments essentiels dans les formations sanitaires. Cette stratégie semble favoriser plus la viabilité financière des structures sanitaires que l'équité d'accès aux services de santé, principalement pour les plus vulnérables et indigents. Actuellement lorsqu'un malade hospitalisé est connu comme ayant un faible revenu ou indigent, il risque fort d'être moins bien soigné et moins considéré par le personnel soignant car il représente un contre intérêt pour l'hôpital.

- ✓ La mise en place d'un fonds d'équité (FE) va contribuer à soutenir les SBVG dont la prolongation d'un séjour en milieu de soin (surtout à l'HGR), pourrait poser problème (difficultés de restauration, voire d'habillement) et la prise en charge médicale d'autres patients indigents.
- ✓ L'identification et la validation des malades pour de l'appui de ces FE seront assurées par MdM-BE et un représentant de l'HGR et la communauté.
- ✓ Une concertation et synergie sera recherché avec les autres partenaires d'appui au financement du système de santé présents dans la ZS de Lemera tel que l'Agence d'achat de performances (AAP).

R2.A3. Réalisation de cliniques mobiles dans les zones enclavées des AS ciblées :

Pour contribuer à étendre la couverture sanitaire dans les AS d'intervention, le projet mettra en place 1 clinique mobile dans les AS ayant des populations à plus de 20 km du CS et/ou présentant des barrières géographiques pour accéder aux centres. La périodicité sera convenue au début du projet, il sera d'environ 5 jours chaque mois, sous la conduite du BCZ ; un calendrier sera décidé des zones où le passage des cliniques mobiles aura lieu, sur la base de critères liés à des barrières physiques, culturelles ou sociales, et à la présence de PDI.

Ces cliniques mobiles, organisées conjointement avec les CS de la ZS, permettront d'apporter gratuitement le PMA aux communautés qui rencontrent des difficultés à y accéder. Ainsi, l'équipe composée d'1 infirmier du Ministère de la santé, 1 infirmier superviseur de MdM-BE et éventuellement d'1 psychologue du projet

offrira une prise en charge psycho-médicale à la population préalablement informée du passage et mobilisée pour l'occasion par les RECO des zones. La clinique mobile animera également des séances d'éducation à la santé et assurera le référencement vers les CS ou l'HGR pour les cas nécessitant un suivi.

R2.A4. Réalisation de supervisions conjointes avec le BCZ :

La réalisation des supervisions sera au rythme mensuel et effectuées conjointement entre les cadres de la ZS de Lemera ainsi que l'équipe de MdM-BE. L'équipe pourra être composée d'un infirmier de la ZS, un infirmier superviseur du projet et éventuellement d'un psychologue du projet. Le projet compte soutenir cette activité qui est un élément essentiel pour espérer une certaine pérennisation des actions menées dans la ZS. Cette activité permettra d'apporter un accompagnement technique mensuel des prestataires de soins des 5 CS et l'HGR à travers des supervisions formatives.

Le contenu de ces supervisions sera concerté entre les deux acteurs, mais elle pourra se focaliser sur les points suivants : au niveau de la prise en charge des patients, un audit des outils de prestation (outils tels que fiches de consultation, fiches de soins, fiches de surveillance, bons de laboratoire, partogrammes, fiches de stock, registre des SVS, registre de prise en charge des PDI, etc.) et des outils de gestion des données sera régulièrement conduit afin d'assurer l'application des normes de soins de qualité y compris pour la prise en charge intégrée des SVBG et les PDI.

La continuité des soins au sein des FOSA et entre les différents échelons du système de soins local sera suivie à travers les carnets des rendez-vous, les cartes de visite de consultations prénatales (CPN), les fiches de consultations préscolaires (CPS), le suivi du remplissage systématique des registres par les prestataires.

Les références et contre-références seront systématiquement notés dans les registres, les patients seront accompagnés d'une fiche (référence, contre-référence) appropriée mise à disposition à cet effet par MdM-BE en concertation avec les FOSA/BCZ et la cellule information sanitaire de la DPS.

Le suivi des indicateurs DHIS2 des 5 AS appuyées permettra également d'identifier les points d'amélioration et l'élaboration des actions correctrices nécessaires avec l'implication des acteurs locaux (BCZ, CS, HGR).

Enfin, MdM-BE appuiera et prendra part active aux réunions mensuelles de revues de données de la ZS de Lemera au cours desquelles une attention particulière sera accordée à l'aspect qualité des soins pour les populations cibles du projet.

Résultat 3 :

Les mécanismes de plaidoyer sont renforcés en suivant une approche basée sur les évidences, impliquant la participation de la communauté, pour favoriser l'accès aux droits en SSR en particulier pour les jeunes et adolescent.e.s 'ainsi que pour la lutte contre les VBG

Au stade de la proposition

- Secteur : **Santé**
- **Sous-secteur associé** : Santé sexuelle et reproductive

Bénéficiaires (statut + nombre):

Mali :

- 40 bénéficiaires formés et impliqués dans le plaidoyer dont 20 enfants/ adolescents
- 10 parlementaires, (juniors/seniors et conseillers régionaux)
- 100 maires et chefs religieux/coutumiers
- 80 éducateurs/enseignants
- 10 FDS (forces de défense et de sécurité)
- 15 autorités administratives

Niger :

- 194 acteurs communautaires de santé de première ligne
- 99 agents de santé (médecins/ sage-femmes/infirmiers)
- 15 autorités sanitaires de la région de Tahoua
- 50 mairies et chefs religieux/coutumiers
- 150 agents MdM-BE et Partenaires
- 2 personnels psychosociaux
- 6 agents départementaux de la protection de l'enfance et promotion de la femme

Indicateurs pour ce résultat:

R3I1 : Nombre des initiatives de plaidoyer conçues avec la participation de la communauté pour l'accès aux droits en SSR et pour la lutte contre la VBG

R3I2 : Nombre des documents produits (capitalisation ; étude ; etc.) en support des initiatives de plaidoyer sur la SDSR, VBG ou SMSPS

Activités associées au résultat

Mali :

R3.A1 : Elaboration d'un plan de plaidoyer et de communication

En étroite collaboration avec PIM, un plan de communication et de plaidoyer du projet sera élaboré en début de projet lors d'un atelier avec l'implication des parties prenantes du projet (y compris les bénéficiaires). Les résultats de l'évaluation initiale menée conjointement par MdM-BE/PIM et de l'atelier de capitalisation seront exploités pour asseoir les thématiques et les problèmes prioritaires de plaidoyer.

R3.A2: Réaliser une étude sur les VBG dans la région de Kita

Afin de mieux cerner la problématique VBG dans la région (causes, manifestations, perceptions, les offres des services disponibles, etc.) et orienter les actions appropriées de prévention et de gestion, une étude sera menée, impliquant l'ensemble des acteurs de la protection. Cette étude sera réalisée au premier semestre de l'action. Cette étude nous aidera dans l'élaboration des messages et des futures argumentations lors des actions de plaidoyers en direction des autorités politiques et administratives de la région.

R3.A3 : Renforcer la coalition de plaidoyer et d'actions pour la lutte contre les VBG, les mutilations génitales féminines et les mariages forcés et précoces

La coalition des plaidoyers et actions pour la lutte contre les violences sexuelles, les MGF et les mariages forcés et précoces sera renforcée par la tenue trimestrielle des concertations entre les acteurs. Les élus locaux seront sensibilisés pour aboutir à une coalition des maires matérialisant leur engagement favorable à l'abandon ou la réduction de l'ampleur des pratiques néfastes.

R3.A4: Mener des actions de plaidoyer à l'intention des autorités administratives et des élus pour la prise en compte de l'accès à la SDSR ainsi que la lutte contre les VBG dans leur plan de développement

L'objectif est de mener des initiatives influentes auprès des autorités communales, afin de favoriser la planification et l'affectation budgétaire en faveur de la SDSR, de promouvoir l'hygiène menstruelle dans les écoles, de lutter contre les VBG et les pratiques néfastes lors des révisions des Plans de Développement Économique Social et Culturel (PDESC) ainsi que des Plans Annuels de Développement (PAD). Parallèlement, des démarches seront entreprises pour rapprocher les autorités administratives en vue de décisions favorables à l'accès à la SDSR et à l'élimination des violences liées aux VBG. D'autres acteurs travaillant sur les thèmes concernés seront également associés à ces efforts.

Niger :

R3.A1 : Renforcer les mécanismes de redevabilité, et principe de « ne pas nuire » avec les bénéficiaires et partenaires du projet

MdM-BE via son engagement à promouvoir la qualité et la transparence de ses actions et sa redevabilité envers les bénéficiaires, les communautés et les autres acteurs impliqués par son travail mettra en place un mécanisme de redevabilité dans les zones d'intervention du projet au profit des parties prenantes. Un accent particulier sera mis sur les feedbacks des bénéficiaires directs : femmes, adolescent.e.s et autres acteurs au niveau communautaire et institutionnel).

L'action vise à renforcer la redevabilité durant cette 2ème phase (faible participation des enfants, insuffisance des mécanismes de feedback, faible adaptation des mécanismes de feedback etc.) En veillant à ce que les communautés cibles aient davantage accès à des informations à propos de MdM BE, de ses partenaires et aux activités planifiées. Il s'agira d'améliorer la participation de ces communautés (y compris les enfants) aux décisions de programmation et de nous fournir un feedback sur les interventions du projet ainsi que leurs suggestions pour améliorer les stratégies de collaboration et coordination entre les systèmes formels et informels dans le cadre de la gestion de cas.

Former les acteurs sur les mécanismes de redevabilité : Une formation sera organisée sur les mécanismes de feedbacks/plaintes. Cette formation permettra de promouvoir et de soutenir la culture de signalement/alerte et de dénonciation d'une part au sein des équipes mais d'autres part au niveau des bénéficiaires et partenaires. Une session de formation de 2 jours sera organisée avec 30 participants.

Mettre en place des mécanismes de feed-back : Des boîtes à suggestions seront confectionnées et placées dans des endroits discrets, mais accessibles surtout dans les nouvelles zones et dans les anciennes zones où le besoin se fait sentir. À travers ces boîtes donc et d'autres mécanismes de feedback (numéros verts), l'opportunité sera donnée aux bénéficiaires de donner leurs opinions sur les services qu'ils reçoivent dans le cadre du projet. Ces feedbacks et plaintes seront collectés pour ajuster les approches et stratégies du projet afin que ce dernier réponde au mieux aux attentes et besoins des bénéficiaires directs.

Réaliser deux enquêtes de satisfaction (1 enquête par an) : L'opportunité sera donnée aux bénéficiaires de donner leurs opinions sur les services qu'ils reçoivent à travers des enquêtes. Ces retours permettront d'ajuster les approches et stratégies du projet afin que le projet réponde au mieux aux attentes et besoins des bénéficiaires directs. 1 enquête sera réalisée durant le projet (septembre 2024 et juillet 2025). Au stade de la mise en place du projet, MdM-BE tiendra des consultations avec des groupes dans les communautés cibles pour identifier les stratégies les plus adaptées. Cela nous aidera à développer nos outils de partage de l'information avec diverses cibles et à mettre en place des mécanismes de gestion du feedback et de plaintes accessibles et adaptés aux parties prenantes du projet. Une base de données sera mise en place pour faciliter l'enregistrement et l'analyse des plaintes dans les meilleures conditions.

Les termes de référence seront élaborés par l'équipe de MdM-BE.

Une consultance externe conduira cette enquête de satisfaction : les procédures d'administration, de finance et de logistique devront être respectées.

Une restitution sera organisée à la fin de chaque collecte de données sur le niveau de satisfaction des bénéficiaires. Cette restitution permet de présenter les principales conclusions de l'enquête en vue d'émettre des recommandations en termes d'actions en ajustant les approches et stratégies du projet afin que le projet réponde au mieux aux attentes et besoins des bénéficiaires directs. Un atelier d'une journée sera organisé avec une trentaine de participants de Bamako et de Ségou.

Assurer la gestion des plaintes et des feed-back : une procédure de gestion de plaintes et des feed-backs sera mise en place dans les zones d'intervention du projet. Cette procédure sera accessible et adaptée aux parties prenantes du projet. Ceci passera par la mise en place de place et la diffusion des procédures de gestion des feedbacks (Multiplication des affiches, signalement, contacts utiles,) : La mise en place de cette procédure se fera avec la participation de tous (équipe projet/MdM-BE, bénéficiaires, partenaires). Elle prendra en compte les données issues de l'enquête de base afin qu'elle soit la plus adaptée possible. La procédure permet de garantir une réponse appropriée et cohérente face aux feedbacks et plaintes, mais aussi aux manquements au code de conduite. Ainsi elle permet de savoir à qui et comment s'adresser lorsqu'on veut donner son opinion, et définit la gestion interne à MdM-BE au Niger de ces feedbacks et plaintes. Une procédure pour la gestion des plaintes et des feedbacks sera élaborée. Les supports de diffusion seront multipliés (affiches, signalement, contacts utiles, procédure pour la gestion des plaintes et des feedbacks) Un comité de gestion des plaintes sera mis en place conformément aux procédures élaborées au travers :

- La mise en place des mécanismes ;
- La réception et traitement des feedbacks et plaintes ;
- Le suivi des réponses

R3.A2 : Elaborer un plan de plaidoyer et de communication

En étroite coopération avec les partenaires et les bénéficiaires, un plan de communication et de plaidoyer pour le projet sera élaboré dès le début, lors d'un atelier qui rassemblera toutes les parties prenantes concernées. Les conclusions de l'évaluation initiale, les résultats de l'étude CAP réalisée durant la première phase du projet, ainsi que les enseignements tirés de l'atelier de capitalisation, seront utilisés pour établir les thèmes et les problématiques clés à aborder dans le cadre du plaidoyer.

R3.A3 : Réaliser un atelier de capitalisation sur le projet

Dans l'objectif de capitaliser les enseignements tirés, Médecins du Monde Belgique (MdM-BE) prévoit d'organiser un atelier de capitalisation des interventions du projet à Tahoua, rassemblant au moins 30 participants sur une durée de deux jours. Cet atelier permettra d'examiner les défis rencontrés, de tirer des leçons et d'améliorer la qualité des opérations, des finances et de la logistique au fil des années passées. La participation sera ouverte aux services techniques, aux collectivités, aux bénéficiaires directs, à MdM-BE, aux partenaires notamment à SongES entre autres.

Cet atelier de capitalisation sera placé sous l'autorité des mairies dans le but de les amener à prendre en compte dans le Plan de Développement Communal (PDC) et dans le Plan d'Action Annuel (PAA) des districts soutenus.

Au cours de cet atelier, les équipes réviseront et seront informé de leur force et faiblesse lors de la mise en œuvre du projet. L'atelier permettra aussi de collecter les perceptions des différentes parties prenantes sur le déroulement du projet. Il s'agira donc à travers cet atelier de :

- Faire ressortir l'originalité / particularité de l'intervention
- Faire une analyse des problèmes rencontrés et identifier les solutions apportées pour chaque problème par les acteurs impliqués dans le processus ;
- Conduire à la lumière des résultats de ce processus de capitalisation un plaidoyer pour la prise en compte du projet au niveau local.

R3.A4 : Réaliser une étude sur les Violences Basées sur le Genre dans la région de Kita

Afin de mieux cerner la problématique VBG dans la région (causes, manifestations, perceptions, les offres des services disponibles, ...) et orienter les actions idoines de prévention et de gestion, il sera procédé à une étude impliquant l'ensemble des acteurs de la protection. Cette étude sera réalisée au premier semestre. Cette étude va nous aider dans l'élaboration des messages et les arguments lors des actions de plaidoyers en direction des autorités politiques et administratives de la région.

R3.A5 : Mener des actions de plaidoyer à l'intention des autorités administratives et des élus pour la prise en compte de l'accès à la SDSR ainsi que la lutte contre les VBG dans leur plan de développement

Il s'agit de mener des actions d'influences à l'endroit autorités communales pour la planification et la budgétisation des activités en faveur de la SDSR, la promotion de l'hygiène menstruelle dans les écoles, de la lutte contre les VBG et les pratiques néfastes lors de la révision des Plans de Développement Economique Social et Culturel (PDESC) ou les Plan Annuel de Développement (PAD). Aussi les autorités administratives seront rapprochées pour prendre des décisions en faveur de l'accès à la SDSR et pour l'abandon des violences des VBG. D'autres acteurs évoluant sur les thématiques visées seront associés.

4.4 Plan de travail (par exemple, annexe diagramme de Gantt)

Chronogramme (en annexe)

Voir chronogramme d'activités détaillé joint en **ANNEXE 3**.

4.5 Suivi, évaluation, audit et autres études

4.5.1 Suivi des activités (expliquer comment, par qui)

Mali :

Le projet est étroitement suivi par l'équipe de MdM-BE composée de plusieurs membres, dont le Coordinateur de projet expatrié, un administrateur, un logisticien et divers professionnels de la santé. L'équipe de coordination basée à Bamako est en communication régulière avec l'équipe de terrain à Kita, et des visites trimestrielles sont effectuées pour renforcer les échanges et la supervision. Le suivi comprend des rapports mensuels d'activités et des indicateurs, ainsi qu'un tableau de bord pour suivre la réalisation des activités et l'utilisation des budgets. Différents membres du personnel sont impliqués dans le suivi des activités communautaires, médicales et de protection. Les réunions trimestrielles des DTC et des ECD contribuent à l'analyse des besoins et à la prise de décision. Au siège, le Desk et les référents médicaux, MEAL, finance, logistique et RH suivent de près l'exécution des activités et le reporting.

Niger :

Au niveau des centres de santé, deux mécanismes de supervision seront établis. D'abord, une supervision conjointe trimestrielle entre les équipes du district et celles de MdM-BE suivra les activités de prise en charge des femmes et des enfants, évaluera l'utilisation des dons, et surveillera les pratiques d'hygiène et la qualité de l'accueil. Ensuite, un suivi technique mensuel dirigé par l'équipe de MdM-BE, en collaboration avec le personnel du district, assurera l'efficacité des activités des centres de soins soutenus par le projet, en garantissant que les formations aboutissent à des changements pratiques. L'équipe nationale de MdM-BE à Niamey fournira un soutien technique continu, veillant au respect des normes SDSR et VBG, avec une assistance à distance et sur le terrain. Le département MEAL supervisera l'avancement du projet à Tahoua, y compris les évaluations et les enquêtes de satisfaction. Des réunions départementales et des comités techniques se tiendront mensuellement, et un comité de pilotage semestriel sera organisé.

RDC :

Le suivi des activités sera assuré sur le terrain et par la coordination de la mission RDC à Bukavu. Le chef de projet à Lemera sera responsable de la planification, de l'exécution et du reporting des activités. Les infirmiers superviseurs et le psychologue de MdM-BE remonteront les informations pour le suivi des indicateurs et activités. L'équipe de coordination de MdM-BE apportera un soutien technique à l'équipe du projet, à distance et sur le terrain. Elle garantira le respect des normes humanitaires et des directives techniques de la DGD. Les communications entre le projet, la coordination et le HQ se feront par des réunions et un rapport mensuel (sitrep) couvrant les aspects programmatiques, financiers, administratifs et logistiques.

4.5.2 Cochez les cases correspondant aux études qui seront éventuellement entreprises:

- Évaluation externe après l'action
- Audit externe après l'action
- Evaluation interne ou audit interne relatif à l'action

4.5.3 Autres études: Veuillez préciser:

5. QUESTIONS TRANSVERSALES

5.1 *Veuillez décrire le niveau escompté de durabilité et/ou de connexité⁴.*

Le projet vise à améliorer le système de santé en renforçant les communautés et les services publics pour répondre aux besoins. Les formations sanitaires de l'État seront soutenues plutôt que remplacées. Des acteurs communautaires comme les matrones et les leaders religieux seront impliqués dans la sensibilisation. Le volet de la planification familiale sera renforcé, incluant des techniques traditionnelles d'espacement des grossesses. La durabilité est intégrée dès le début avec l'engagement des bénéficiaires dans l'identification des interventions alignées sur leurs priorités. Les transferts de connaissances, particulièrement en santé mentale, se feront par formations pour les relais communautaires et agents de santé. L'approche "Éducation par les pairs" impliquera la communauté dans la diffusion des bonnes pratiques. Les bénéficiaires joueront un rôle central, favorisant l'appropriation du programme.

Le projet facilitera un cadre de concertation au sein du district sanitaire pour une meilleure circulation d'informations et coordination durable entre les acteurs. Il revitalisera le système d'information sanitaire et de coordination, impliquant tous les intervenants.

En coordonnant avec acteurs locaux, le projet comble les lacunes du système de santé, protège les communautés et améliore les conditions de vie. Les activités de MdM-BE seront conçues avec détenteurs d'obligations et garants correspondants. Participation et appropriation seront encouragées progressivement avec un cadre d'intervention. Interventions éducatives et formatives visent capacités durables, intégrées dans le plan d'action opérationnel de la ZS de Lemera. Collaboration avec autorités sanitaires provinciales et supervisions post-formation renforcent durabilité des résultats.

5.2 *Stratégie de continuité (liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement)*

Le projet adopte une approche Nexus pour intégrer les conflits et le contexte, visant à autonomiser les femmes et adolescentes en abordant les grossesses précoces et les inégalités de genre. Il vise à améliorer l'accès aux services de santé en partenariat avec le Ministère de la Santé, soulignant que l'utilisation des services de santé renforce l'autonomie des femmes. L'éducation en santé sera renforcée, basée sur les stratégies nationales et le droit à la santé. La continuité est assurée par le travail avec les communautés et les parties prenantes locale. Une approche Nexus sera adoptée pour intégrer les aspects changeants du contexte et minimiser les impacts négatifs sur le projet. MdM-BE collaborera avec des acteurs du développement durable, de la consolidation de la paix et de l'aide humanitaire pour aligner et compléter les activités. Le renforcement des capacités des RECO et la sensibilisation des communautés pour le changement de comportements sont des dimensions de développement durable. La création d'un fonds d'équité pour les personnes vulnérables favorisera l'autonomisation et des solutions durables adaptées. La préparation aux épidémies réduit le risque de déplacements et crée des réponses plus durables. Le renforcement des acteurs de santé et l'offre de soins aux

⁴ La durabilité et la connexité sont des concepts similaires, qui sont utilisés pour garantir que les activités soient exécutées dans un contexte qui tient compte des problèmes à plus long terme et interconnectés.

populations enclavées renforcent le système sanitaire et l'accès aux soins de qualité. Un plan de sortie garantira une transition progressive et minimisera les effets négatifs d'un retrait du financement.

5.3 Intégration (par exemple, réduction des risques de catastrophes, enfants, droits de l'homme, égalité des sexes, impact environnemental, autres à préciser)

Réduction des risques de catastrophes :

Le projet vise à minimiser les effets d'afflux massifs de déplacés et les épidémies en surveillant les vulnérabilités et en adoptant des stratégies adaptées. MdM-BE participe au mécanisme de veille communautaire et au système d'alerte précoce avec les Ong partenaires.

Enfants, droits de l'homme et équité des sexes :

MdM-BE protège les enfants vulnérables du conflit et assure leur accès aux soins et au soutien psychosocial. Une approche spécifique est adoptée pour l'accès des jeunes à la santé sexuelle et reproductive, en conformité avec les politiques en vigueur. Le projet vise à promouvoir et protéger les droits humains des groupes vulnérables, particulièrement les femmes et adolescentes.

L'approche de genre est intégrée à MdM-BE à la fois en interne et en externe. En interne, l'organisation favorise une culture sensible au genre et intègre le genre dans les politiques de ressources humaines. En externe la coordination appliquera une approche genre transversale en analysant les profils de santé par sexe et genre, en identifiant les besoins sexospécifiques des communautés, et en examinant les inégalités de genre impactant la santé et l'accès aux services. Les activités seront adaptées pour répondre à ces besoins, promouvoir l'égalité des genres et éliminer les barrières. Une approche participative impliquera des groupes divers, y compris des femmes, des personnes de diverses orientations sexuelles et identités de genre, et des groupes d'hommes pour la masculinité positive. L'impact sur l'égalité des genres sera évalué.

Pour Médecins du Monde ONG médicale qui milite en faveur du droit à la santé, lutter en faveur de la justice sociale et de l'égalité en santé c'est aussi promouvoir l'égalité de l'égalité de genre. Engagée depuis sa création pour l'accès à la santé de de celles et ceux qui sont dans des situations de grande vulnérabilité, l'association intègre l'approche genre comme un axe transversal du plan stratégique. Cet engagement s'inscrit dans son action historique dans la défense de l'égalité en santé, de la santé des femmes et des personnes LGBTQAI+.

Impact environnemental :

Des mesures sont prises pour minimiser l'impact environnemental et social, incluant l'hygiène en milieu de soins et la gestion des déchets. réduction de la pollution et l'utilisation responsable des ressources. Le projet vise une faible empreinte environnementale et soutient la durabilité. L'approche de "ne pas nuire" est essentielle, avec une analyse continue des risques environnementaux et sociaux pour atténuer tout impact négatif.

6. MESURES DE SÉCURITÉ ET D'URGENCE

6.1 Mesures d'urgence (plan B/ mesures d'atténuation à prendre si les risques et hypothèses exposés dans le cadre logique se concrétisent)

Compte tenu des contextes difficiles de chaque pays et de l'évolution de la situation, il a été préféré de procéder à une analyse approfondie en annexe. (ANNEXE 5)

6.2 Aspects relatifs à la sécurité

6.2.1 Situation sur le terrain. Veuillez donner une brève description

Mali :

La région de Kita présente un contexte sécuritaire relativement calme, malgré des incidents de banditisme urbain et de coupeurs de routes dus au chômage des jeunes. Des mesures préventives sont en place pour minimiser les risques, et l'expérience de MdM-BE dans d'autres régions du pays aidera en cas de changement de contexte. Une attention particulière sera portée aux centres de santé près des zones aurifères où de tels incidents sont plus fréquents.

Niger :

Suite au coup d'État de juillet 2023 et aux tensions socio-politiques qui en ont découlé, associées aux menaces sécuritaires préexistantes telles que les groupes armés non étatiques (GANEs), groupes terroristes et milices d'autodéfense, la situation sécuritaire dans la région de Tahoua est à la fois calme et instable. Les zones frontalières avec le Mali, notamment Abalack et Fillingué, restent vulnérables en raison de l'activité des GANEs, perturbant les déplacements et l'accès aux soins de santé, tout en affectant la santé mentale des populations vulnérables. Les groupes armés mènent des incursions violentes avec des enlèvements et des exactions de ressources. La criminalité prévaut, en particulier dans la partie Sud-Est, près de la frontière nigériane. Bien que la région soit globalement relativement calme, une surveillance continue est nécessaire.

Tahoua ressent les impacts de l'insécurité interne et des mouvements de réfugiés venant du Mali et du Nigeria, réduisant l'accès aux services publics dans certaines zones touchées par la crise et créant une situation humanitaire critique. Bien que divers départements soient touchés, l'ampleur de l'impact varie.

RDC :

La région d'Uvira, notamment la chefferie de Bafuliru et la zone de santé de Lemera, subit des affrontements récurrents entre divers groupes armés aux origines variées. Ces conflits engendrent des déplacements massifs de population et exposent les habitants à des vulnérabilités matérielles, sanitaires, nutritionnelles et éducatives. La zone de santé de Lemera est marquée par la présence active de groupes armés, des conflits intercommunautaires et une criminalité, justifiant les opérations militaires et aggravant la précarité de la population. Les groupes armés autochtones et étrangers s'allient parfois contre nature, tandis que les affrontements inter-ethniques se multiplient. Les attaques armées, braquages, embuscades et kidnappings sont fréquents dans la région. Des groupes armés de la Plaine de la Ruzizi et des hauts plateaux d'Uvira refusent de rejoindre l'armée congolaise, limitant leur mobilité en présence des FARDC. Les infiltrations d'hommes armés en provenance du Burundi et du Rwanda aggravent l'insécurité. En début de 2023, de nouveaux groupes armés, comme les MaiMai Kapapa et Kamama, émergent, conduisant à des opérations militaires pour les neutraliser.

6.2.2 Un protocole de sécurité spécifique a-t-il été établi pour cette action?

Oui **Non** **Procédures standard**

Si oui, précisez:

Un protocole de sécurité est disponible et régulièrement mis à jour au niveau de la zone de projet.

6.2.3 Le personnel sur le terrain et les expatriés ont-ils reçu des informations et une formation concernant ces procédures?

Oui **Non**

Tous les nouveaux staffs recrutés sur ce projet seront briefés sur les procédures de sécurité et dotés de supports sur les informations utiles à la sécurité.

7. COORDINATION SUR LE TERRAIN

7.1 Coordination sur le terrain (veuillez indiquer la participation de l'Organisation humanitaire aux mécanismes de coordination avec d'autres parties prenantes, tels que les "clusters", les ONG, les agences des Nations unies, autres (à spécifier), ainsi que les liens avec la procédure d'appel consolidée, si nécessaire)

Mali :

MdM-BE au Mali participe activement aux clusters « santé » et « protection », aux réunions INSO sur l'analyse sécuritaire, aux réunions inter-cluster d'OCHA, et collabore avec diverses organisations locales et internationales. Elle est membre de plusieurs groupes techniques et forums, tels que l'Equipe Humanitaire Pays, le groupe technique d'accès humanitaire, et la Coordination Humanitaire à Ménaka. À Kita, MdM-BE collabore avec PMI et d'autres organisations pour renforcer les actions en synergie, notamment dans la prise en charge des VBG.

Niger :

Plusieurs mécanismes sectoriels de coordination existent au niveau national avec des démembrements au niveau régional. Dans la région de Tahoua et conformément à son statut d'ONG de Santé, MdM-BE est membre du cluster Santé, au sous cluster VBG, au groupe sécuritaire de INSO

Au-delà des clusters sectoriels, MdM-BE participe au cadre de concertation régional de Tahoua qui regroupe toutes les organisations humanitaires, y compris les agences des Nations Unies.

Au niveau national, MdM-BE participe à différents cluster et groupes de travail. Nous pouvons citer :

- Groupe de Travail Humanitaire OIREN,
- Groupe de Travail Genre dans l'Action Humanitaire
- Cadre Stratégique Commun (CSC) des acteurs Belges
- Groupe de Travail Santé Mentale et Soutien Psycho Social

RDC :

MdM-BE participe activement aux réunions de différents clusters animés par OCHA, réunions d'informations générales et autres groupes de travail, à Bukavu et à Uvira, en vue de contribuer à la coordination et à la rationalisation des interventions humanitaires au Sud-Kivu :

- clusters Santé-Nutrition : à Uvira, le Chef de projet de MdM-BE a assuré le lead de ce cluster en 2021-2022 avant de prendre la place de co-lead suite à l'arrivée de l'OMS dans la zone ; cette implication nous permet d'être au centre des échanges d'informations pour la partie Sud de la province.
 - cluster Protection : à travers ce cluster, nous sommes en contact avec des acteurs spécialisés en Protection dans nos zones d'intervention ; ils nous alertent notamment sur les incidents et les mouvements de populations, ce qui nous permet notamment d'orienter des cliniques mobiles.
 - sous-cluster VBG : MdM-BE partage régulièrement les données relatives aux SVBG pris/es en charge dans ses différents projets,
 - groupe de travail santé mentale : nous sommes actifs au sein de cette coordination dont les réunions à Bukavu sont animées par la DPS / PNSM; rappelons que le PNSM assurera la formation des « référents psychosociaux ».
 - cadre de concertation des acteurs humanitaires avec la Mairie et l'administration du Territoire d'Uvira
- réunions de coordination des acteurs humanitaires organisées par le BCZ de Lemera : c'est à ce niveau local que nous comptons appuyer la coordination entre acteurs de Protection (prévue au R1A6), au lieu de créer un autre cadre.

Par ailleurs, MdM-BE est membre de la Coordination humanitaire opérationnelle provinciale (COHP) qui est le mécanisme de coordination humanitaire mandaté au niveau provincial pour assurer une réponse humanitaire opérationnelle coordonnée, rapide et de qualité aux crises existantes et aux crises nouvelles, en cohérence avec la stratégie du Plan de réponse humanitaire de la RDC (PRH).

7.2 Autorités nationales et locales (relations établies, autorisations, coordination)

Mali :

MdM-BE, en tant que signataire de l'accord cadre avec le gouvernement du Mali, maintient une étroite collaboration avec les services étatiques, notamment les ministères de la Santé, de la Promotion de la Femme, et de la Justice. Un One Stop Center est en place, incluant les services de sécurité et de justice. Des rencontres de coordination avec le District Sanitaire et la mise à jour des partenariats assurent la planification et le suivi des activités. Les rapports sont partagés avec les autorités et les programmes concernés.

Niger :

Au niveau national, MdM-BE participe également aux clusters santé et protection. Grâce à son enregistrement officielle, l'organisation exerce en toute légalité dans le pays et entretient une bonne relation avec les diverses autorités politico-administratives, tant au niveau national que local.

RDC :

Le projet soutiendra directement 5 FOSA de première ligne par le biais d'un protocole d'accord signé avec le MCZ et la DPS du Sud-Kivu, alignant les activités sur les politiques nationales. Les rapports sanitaires seront

mensuels via le SNIS. Les supervisions conjointes contrôleront la qualité et les formations seront coordonnées avec la DPS. Une concertation régulière avec les autorités politico-administratives sera maintenue. Les chefs de groupements et de villages seront impliqués dans l'approche de protection communautaire. La Coordination générale de la mission gère les relations avec les autorités nationales. MdM-BE est autorisé à travailler en RDC avec des facilités administratives et fiscales.

7.3 Eventuelle coordination avec la représentation diplomatique belge

Mali :

Au Mali, MdM-BE a déjà établi des relations avec le service de coopération de l'Ambassade du royaume de Belgique. Il sera convié à l'atelier de lancement du projet et MdM-BE va régulièrement partager l'état d'avancement des activités du projet.

En 2023, MdM-BE a participé activement au Cadre Stratégique Commun (CSC) tenu en ligne.

Niger :

MdM-BE participe également aux rencontres du Cadre Stratégique Commun (CSC) des acteurs Belges au Niger, ainsi qu'aux réunions ad hoc organisation pour les ONG Belges sur place (rencontre avec l'ambassade de Belgique sur place entre autres)

RDC :

Bien que MdM-BE ne dispose plus, depuis 2022, d'une représentation permanente à Kinshasa, notre Coordination général en RDC entretient des contacts réguliers, formels et informels, avec la représentation diplomatique belge et son département de coopération au développement. Par ailleurs, nous participons à différents mécanismes de coordination tels que le CSC (Cadre stratégique commun), la FABAC ou encore le Hub Santé.

8. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

8.1 Nom et adresse du ou des partenaires de mise en œuvre

Mali :

ONG ERAD : Equipe de Recherche et d'Appui pour le Développement (ERAD). Adresse LAFIABOUGOU, BP 5064, Bamako, Mali Tel +223 20290627

Equipe Cadre de District (ECD) de Kita. Adresse : Kita Saint Felix

Programme National pour l'Abandon de Violences Basées sur le Genre (PNVBG)

Niger :

Le présent projet implique le même partenaire local que la première phase. Il s'agit de l'ONG SongES

NIGER : adresse siège national : BP 330 NIAMEY-NIGER, Tél : + 227 20 75 42 87, Site web :

<https://www.songesniger.org>.

RDC :

BCZ Lemera : Lemera centre, pas d'adresse précise.

Comités de développement des aires de santé (CODESA) : villages de Katala, Kidote, Langala, Mulenge et Ndegu ; pas d'adresses précises.

Cellules d'animation communautaires (CAC) : villages de Katala, Kidote, Langala, Mulenge et Ndegu ; pas d'adresses précises.

8.2 Statut des partenaires de mise en œuvre (par exemple: ONG, autorités locales, etc.) et rôle joué par eux

Mali :

ERAD est une ONG locale de protection. Son rôle est essentiellement la mise en œuvre des actions de sensibilisation sur le volet protection du projet ;

ECD (Equipe cadre de district) est composée des cadres de trois (3) services techniques de l'Etat (développement social et de l'économie solidaire, de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille et de la santé). Elle est le garant de la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le district ;

Programme National pour l'Abandon de Violences Basées sur le Genre (PNVBG), créé en 2019, est une structure centrale du Ministère de la promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille, chargée de la coordination de toutes les actions de lutte contre les VBG au Mali ;

Collectivités locales (communes) sont chargées de la planification et la mise en œuvre du développement local sur les volets de l'éducation, de la santé, de l'hydraulique, de l'hygiène et de l'assainissement, etc.

Niger :

SongES :ONG, grâce à son ancrage communautaire, elle assurera la mise en œuvre des actions communautaires à savoir : promotion des DSSR, sensibilisation contre les VBG, accompagnement technique des relais communautaires pour l'identification et le référencement des cas de VBG et les alertes précoces.

Districts sanitaires de Konni, de Bagaroua et de Madaoua : il s'agit de directions départementales de la santé qui sont des structures publiques déconcentrées de ministère de la santé. En étroite collaboration avec MdM-BE et sur la base d'une convention de partenariat, ses districts assureront la coordination et garantiront la qualité des activités médicales appuyées dans les différents CSI cibles.

Direction Régionale de la Santé Publique : direction de tutelle des districts sanitaires, la DRSP/P/AS sera impliquée dans le suivi global des activités médicale et la coordination des intervention du projet avec les actions des autres organisations humanitaires présentes dans la région.

Mairies : en tant qu'autorités locales, les mairies des différentes communes des départements cibles seront parties prenantes de du projet. Elles seront prioritairement impliquées dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités communautaires.

Directions Départementales de l'Education Nationale : les DDEN des départements de Konni, Bagaroua et Madaoua seront associées dans la planification des activités de promotion des DSSR, notamment d'hygiène menstruelle dans les établissements scolaires cibles.

RDC :

BCZ Lemera : à travers les centres de santé dans lesquels les groupes cibles vulnérables recevront des soins gratuits – dont nous contrôlerons conjointement la qualité –, le BCZ est un acteur clé de notre stratégie d'intervention en Protection et Santé. Il sera impliqué dans le mécanisme d'identification des PDI au niveau des structures et dans le ciblage des autres personnes vulnérables. Pour ce qui est de la gratuité des soins : le BCZ fixe une tarification forfaitaire des soins et actes médicaux au niveau des CS de la zone ; par ailleurs, la Banque Mondiale à travers AAP achète certains services dans le cadre d'un dispositif basé sur l'achat de performances et qui prévoit un ticket modérateur à payer par les patients/es ; pour les personnes vulnérables qui ne sont pas, a priori, en capacité de payer le ticket modérateur, MdM-BE le prendra en charge afin que les soins soient totalement gratuits, en remboursant mensuellement les factures émises par les CS, après vérification.

CODESA : cet organe communautaire lié aux CS assure le pilotage des activités d'information et de sensibilisation au sein des communautés et s'assure de la bonne gouvernance des CS. Nous collaborerons étroitement avec les CODESA sur ces différentes dimensions.

CAC : les RECO qui dépendent des CAC seront en charge de la mise en œuvre des activités d'information et de sensibilisation (R1A5) ; sur le terrain, ils seront les premiers maillons du mécanisme d'identification des personnes vulnérables, en besoin de protection voire de soins de santé, et joueront donc un rôle dans l'orientation vers les structures sanitaires ou sociales (R1A2) ; nous avons donc prévu de les former et de les outiller.

8.3 Type de relation avec le ou les partenaires de mise en œuvre et les rapports attendus de la part du partenaire de mise en œuvre

Mali :

ERAD est jusque-là un partenaire important dans le domaine de la protection à Kita, les relations établies sont très positives. ERAD continuera à être le partenaire de mise en œuvre pour les aspects liés à la protection et un MoU sera signé entre les deux parties

L'ECD est le partenaire de collaboration dans le secteur de la santé, protection et du développement social. La collectivité Commune, conformément aux transferts des compétences opérées, joue un rôle capital dans la promotion de la santé et du bien-être des populations au niveau local. La participation à l'élaboration du PDESC, est une occasion pour MdM-BE de plaider pour la prise en compte de la SDSR et la lutte contre les VBG ainsi que la budgétisation de celles-ci. En amont, un programme de renforcement des capacités des élus et de plaider à leur endroit sera tenu.

Niger :

MdM-BE a une relation partenariale solide avec SongES, impliquant deux autres projets dans Agadez et Tillabéri. Un suivi mensuel du projet sera assuré avec le partenaire pour évaluer les progrès et la planification. Le partenaire devra fournir des rapports trimestriels sur les activités et les finances, incluant les avancées, les indicateurs, les dépenses, les difficultés et les enseignements.

Un plan de renforcement des capacités du partenaire sera établi pour améliorer la gestion administrative, financière, logistique et programmatique.

Les partenaires publics comprennent le ministère de la Santé, les districts sanitaires des départements d'intervention et les services pour la promotion de la femme et la protection de l'enfant. Ils assureront les soins, les supervisions et la coordination pour la prévention des violences basées sur le genre et la protection des enfants. Les ONG et associations de développement contribueront à une meilleure coordination des actions humanitaires et à une gouvernance renforcée.

RDC :

Comme décrit au chapitre 7.2, la relation de partenariat avec le BCZ sera cadrée par un MOU fixant les responsabilités et obligations des parties prenantes dans l'exécution des activités du projet (soins dans les FOSA, cliniques mobiles, supervisions conjointes, etc.) ; toutes les activités appuyées financièrement par le projet feront l'objet d'un rapport.

8.4 Description de la contribution du programme à la construction d'une réponse humanitaire aussi locale que possible et aussi internationale que nécessaire et le développement de partenariats équitables avec les organisations locales tel que défini par le Caucus du Grand Bargain sur les intermédiaires⁵ et l'IASC⁶.

Médecins du Monde Belgique travaille depuis un an sur sa nouvelle stratégie de partenariat et son positionnement sur la localisation en tant qu'organisation et en tant que réseaux. Un atelier avec toutes les ONG partenaires et les organisations non gouvernementales est prévu en décembre 2023, et des ateliers nationaux seront organisés, si possible avec les autorités locales, en 2024. Le partenariat constitue l'ADN de l'organisation. Par ces partenaires, MdM cherche des complémentarités, de la diversité et éventuellement de la contradiction. Toute organisation qui peut contribuer à remplir la mission MdM est un partenaire potentiel, dans le cadre plus d'un rhizome (relation sans hiérarchie) que d'une délégation. Dans sa croissance vers des partenariats de plus en plus égalitaires, MDM BE cherche à s'éloigner le plus possible d'une dynamique basée sur la présentation d'un projet, et cherche à s'orienter vers une approche de localisation basée sur les demandes des acteurs locaux. Les théories du changement qui orientent les choix des projets et programmes à mettre en œuvre ont été créées en synergie avec nos partenaires locaux, et seront révisées périodiquement avec nos partenaires.

En établissant des partenariats équitables avec les organisations locales, MdM-BE vise à travailler en étroite collaboration avec les acteurs sur le terrain tels que les communautés, les associations locales et les services publics. L'objectif est de mieux comprendre les besoins locaux, d'assurer une distribution plus efficace de l'aide et de favoriser une appropriation communautaire renforcée. À travers le développement de ces partenariats, MdM-BE cherche à atteindre une coordination optimale, à regrouper les ressources et les compétences, et à exploiter judicieusement les capacités locales. Cette collaboration trouve son fondement dans un protocole d'accord minutieusement élaboré, qui souligne clairement la valeur des compétences et de l'expérience détenues par les acteurs locaux et qui partage. En développant ce partenariat, le programme cherche à renforcer la coordination, à accroître l'efficacité des interventions et à promouvoir une appropriation locale des réponses humanitaires.

Comme l'ont montré les dernières réunions avec la DGD, MDM s'est également engagé à assurer une grande visibilité et une représentation plus large dans le Nord, en coordonnant la participation de ses partenaires à toutes les activités de visibilité et en essayant d'assurer une ligne de communication directe avec les donateurs.

⁵ [Outcome Paper Towards Co-ownership - Caucus on Intermediaries - August 2022.pdf \(interagencystandingcommittee.org\)](https://interagencystandingcommittee.org/Outcome-Paper-Towards-Co-ownership-Caucus-on-Intermediaries-August-2022.pdf)

⁶ [IASC Guidance on Strengthening Participation, Representation and Leadership of Local and National Actors in IASC Humanitarian Coordination Mechanisms 1.pdf](#)

9. ACTIVITÉS DE COMMUNICATION, DE VISIBILITÉ ET D'INFORMATION

9.1 Activités de communication programmées

Le projet sera publié sur le site Web de MdM-BE, et sur les réseaux sociaux ainsi que sur le bulletin mensuel des missions, soulignant le rôle d'appui financier de la DGD et les aspects du partenariat. L'utilisation du nom et du logo de la DGD par MdM-BE sera uniquement réalisée à des fins humanitaires et pour la mise en œuvre des activités du projet.

Des cérémonies de lancement et de clôture du projet sont prévues, selon les contraintes sécuritaires. Des autres activités prévues sont :

- Sensibilisation des communautés sur les thématiques du projet ;
- Atelier de comité de pilotage et capitalisation du projet ;

Lorsque le contexte d'intervention ne permet pas de faire de la visibilité de l'action, une demande d'exemption de visibilité sera adressée à cet effet.

9.2 Visibilité sur les équipements durables, les fournitures principales, ainsi que sur le lieu du projet

Dans le but d'assurer la visibilité du projet, de MdM-BE et de la Direction générale Coopération au Développement et Aide humanitaire, plusieurs matériels de visibilité seront conçus et exploités au cours de la mise en œuvre du projet tout en assurant une évaluation continue des enjeux sécuritaires liés à des actions de visibilité :

- Kakémonos : des kakémonos seront conçus en début du projet et installés à des endroits stratégiques comme au guichet unique, au bureau MdM-BE, dans les salles de réunion de la DRSP et/ ou des districts sanitaires cibles ;
- Enseignes/ panneaux : des panneaux de visibilité seront installés au niveau de tous les CSI qui seront réhabilités ;
- Banderoles : des banderoles seront conçues et exploitées dans le cadre des activités de formation, des ateliers, de clinique mobile et des activités de sensibilisation communautaires ;
- Autocollants : des autocollants seront collés sur tous les équipements médicaux qui seront offerts aux différents CSI.

MdM-BE utilisera la visibilité standard avec le logo de la Coopération belge et "Financé par la coopération belge" sur les structures, vêtements, publications et matériel opérationnel, pour des raisons sécuritaires ; une exemption de visibilité ou une politique de visibilité "low profil" pourrait être envisagée. Au Mali, le logo MdM-BE est sur les véhicules, bureaux et structures soutenues, avec les logos des bailleurs en fonction du contexte sécuritaire.

9.3 Activités de publication prévues

Le projet prévoit deux activités majeures de publication par pays. La première concerne la création d'un outil de synthèse du projet, sous forme d'un flyer. Ce document de capitalisation présentera de manière concise les réalisations, les bonnes pratiques et les enseignements tirés du projet. Il mettra également en avant les approches efficaces et les pratiques dignes d'être reproduites ou étendues. La seconde activité de publication concerne le rapport de l'"étude sur les Violences Basées sur le Genre (VBG)". Ce rapport sera diffusé après sa validation par MdM-BE et les parties prenantes impliquées.

Des capsules vidéo seront produites là où possible.

10. RESSOURCES HUMAINES

10.1 Veuillez indiquer les chiffres globaux par fonction et par statut

	Local staff	Q
	Personnel projet (toutes les personnes sur les bases Kita – Tahoua – Lemera)	
MALI	Médecin projet	1
MALI	Superviseur SSR	1
MALI	Gestionnaire pharma	1
MALI	Psychologue	1

MALI	Meal base	1
MALI	Administrateur financier RH	1
MALI	Logisticien base	1
MALI	Gardien	4
MALI	Chauffeur	2
MALI	Femme de ménage	1
MALI	Cuisinière	1
RDC	COORDINATEUR PROJET	1
RDC	INFIRMIER SUPERVISEUR	1
RDC	INFIRMIER SUPERVISEUR	1
RDC	PSYCHOLOGUE CLINICIEN	1
RDC	ASSISTANT RAF	1
RDC	CAISSIER	1
RDC	ASSISTANT LOGISTICIEN DE BASE	1
RDC	MENAGER	1
RDC	GARDIENS BASE	3
RDC	TRAVAILLEURS JOURNALIERS	1
NIGER	Technicien Santé Protection	3
NIGER	Chargé de Dispensation	1
NIGER	Psychologue	1
NIGER	Responsable des activités	1
NIGER	Agent de Santé Communautaire	2
NIGER	Admin Base	1
NIGER	Caissier	1
NIGER	Référent Rehabilitation_Projet et/ou Responsable Réhab_Volant	1
NIGER	Gardiens	5
NIGER	Chauffeurs	2
NIGER	Cuisinière Menagère Guest-Bureau	1
NIGER	Agent de menage (Mi-temps)	1
NIGER	Assitant gestionnaire Données	1
NIGER	Journaliers / prestataires	2
NIGER	Assistant Log	1
	Personnel support (toutes les personnes en coordination)	
MALI	Adjoint Coordinateur Logistique	1
MALI	Logisticien Base	1
MALI	Logisticien achat	1
MALI	Gardiens Bureau, logements	8
MALI	Chauffeurs	7
MALI	Personnel de Ménage Guest House	1
MALI	Cuisinier Guest House	1
MALI	Personnel de Ménage Bureau	1
MALI	Adjoint Coordinateur Ressources Humaines	1
MALI	Chargé du recrutement et Developpement RH	1
MALI	Assist Admin RH Bamako	1
MALI	Adjoint coordinateur Financier	1
MALI	Assistante Comptable	1
MALI	Comptable National	1
MALI	Adjoint Comed	1

MALI	Responsable redevabilité	1
MALI	Chargé des Bases de données	1
RDC	ADJOINT COORDINATEUR RH	1
RDC	ADJOINT COORDINATEUR FINANCIER	1
RDC	ADJOINT COORDINATEUR LOGISTIQUE	1
RDC	REFERENT SECURITE	1
RDC	REFERENT MEDICAL RDC	1
RDC	COMPTABLE NATIONAL / RESPONSABLE FINANCIER	1
RDC	CHARGE DES ARCHIVES	1
RDC	ASSISTANT CHARGE DES ARCHIVES	1
RDC	ASSISTANT ADMINISTRATIF RH	1
RDC	ASSISTANT ADMINISTRATIF (KINSHASA)	1
RDC	ASSISTANT LOGISTIQUE	1
RDC	RESPONSABLE MEAL / REFERENT MEAL	1
RDC	CHARGE REDEVABILITE	1
RDC	LOGISTICIEN SUPPLY	1
RDC	PHARMACIEN COORDINATION	1
RDC	SUPERVISEUR PSYCHOLOGUE / REFERENT SMSPS	1
RDC	CHARGE VOLET COMMUNAUTAIRE / REFERENT RENFORCEMENT COM	1
RDC	CHAUFFEURS	1
RDC	MENAGER	1
RDC	GARDIENS	3
RDC	OPERATEUR RADIO	1
RDC	TRAVAILLEUR JOURNALIER	1
NIGER	Adjoint Coordinateur Finance	1
NIGER	Comptable National	1
NIGER	Assistant Admin-RH	1
NIGER	Chargé RH	1
NIGER	Coordinateur Logistique	1
NIGER	Adjoint Cooridnateur Logistique	1
NIGER	Assistant Log Niamey	1
NIGER	Point Focal Acces Humaniatire	1
NIGER	Chauffeurs	3
NIGER	Agent entretien bureau & guest	2
NIGER	Référent Médical	1
NIGER	Gestionnaire de Données Niamey/Responsable Meal	1
NIGER	Responsable plaidoyer	1

	Expatriate staff	Q
	Personnel projet (basés à Kita & Tahoua)	
MALI	Chef de projet - KITA	1
NIGER	Coordinateur Projet - TAHOUA	1
	Personnel support (basés en coordination ou régional Mali/Niger)	
MALI	Coordinateur Général	1

MALI	Coordinateur RH	1
MALI	Coordinateur Fin	1
MALI	Coordinateur logistique	1
RDC	Coordinateur General	1
RDC	Adjoint Coordinateur General	1
RDC	Assistant Coordinatur General	1
RDC	Coordineur Santé	1
RDC	Coordinateur Financier	1
RDC	Coordinateur RH	1
RDC	Coordinateur Logistique	1
RDC	Coordinateur Meal	1
NIGER	Coordinateur Général	1
NIGER	Coordinateur Finance	1
NIGER	Coordinateur RH	1
NIGER	Adjoint Coordinateur général	1
NIGER	Logisticien Regional	1
NIGER	Coordinateur MEAL	1
NIGER	Pharmacien Volant	1
NIGER	Coordinateur Santé	1
MALI	Coordinateur Medical	1
MALI	Coordinateur Meal	1
MALI	Coordinateur Général Adjoint	1
MALI	Reporting officer volontaire	1
MALI	Pharmacien Volant	1
MALI	Meal Régional	1
MALI	Psy Régional	1

HQ support	Q
Desk Officer	0,16
Referent RH	0,20
Referent LOG	0,20
Referent FIN	0,20
Referent Medical	0,18
Coordination Audit	0,17
Monitoring and Evaluation Officer	0,20
Grant & Partnership	0,15
Operation Officer	0,16

11. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

11.1 Nom et titre du représentant légal signant la convention

Michel GENET, Directeur Général

11.2 Nom, numéro de téléphone, adresse e-mail et titre de la (des) personne(s) chargée(s) de la gestion administrative du dossier

Alessia Galdieri Grant and Partnership Manager: Tel: +320494230353

alessia.galdieri@medecinsdumonde.be

11.3 Nom, numéro de téléphone et de fax et adresse e-mail du représentant dans la zone d'intervention

Mali : Vincker LUSHOMBO Coordinateur Général mission Mali, Tel +22376402873

Email : cg.mali@medecinsdumonde.be

Niger : Lancinet Toupou, Coordinateur Général mission Niger; Tel : (+227) 92186078.

Email : cg.niger@medecinsdumonde.be

RDC : Vidal Junior LUC, Coordinateur Général mission RDC +243 817 068 243

E-mail: cg.rdc@medecinsdumonde.be

Compte bancaire

Nom de la banque: FORTIS

Adresse de l'agence: Rue Montagne du Parc 3, 1000 Bruxelles, Belgique

Désignation précise du titulaire du compte: DOKTERS VAN DE WERELD – MEDECINS DU MONDE, MDMB

Numéro de compte complet (y compris code(s) bancaire(s)): BE43 2100 3753 3901 au nom de MDM ASBL-DVW VZW

Code IBAN: BE43 2100 3753 3901

Code SWIFT: GEBABEBB